



---

# **BACHELORARBEIT**

---

Herr  
**Sascha Rainer Emil Frey**

**Der marktwirtschaftliche  
Wandel im Gesundheitssektor  
– Die Change-Management  
Prozesse im  
Gesundheitswesen**

**Der Patient als Kunde**

**2013**

# **BACHELORARBEIT**

---

## **Der marktwirtschaftliche Wandel im Gesundheitssektor – Die Change-Management Prozesse in Gesundheitsunternehmen:**

### **Wenn der Patient zum Kunden wird**

Autor:  
**Herr Sascha Rainer Emil Frey**

Studiengang:  
**Gesundheitsmanagement**

Seminargruppe:  
**GM10w2-B**

Erstprüfer:  
**Prof. Herbert E. Graus**

Zweitprüfer:  
**Björn Wollny, Dipl.-Sportlehrer/Sportökonom (FH)**

Einreichung:  
**Mittweida, 12.07.2013**

# **BACHELOR THESIS**

---

**The enterprise change in the health  
sector – Change Management in  
healthcare companies:**

**The patient as a customer**

author:

**Mr. Sascha Rainer Emil Frey**

course of studies:

**Heath Management**

seminar group:

**GM10w2-B**

first examiner:

**Prof. Herbert E. Graus**

second examiner:

**Björn Wollny, qualified physical education teacher/  
sport management (FH)**

---

## **Bibliografische Angaben**

Frey, Sascha Rainer Emil

Der marktwirtschaftliche Wandel im Gesundheitssektor –  
Die Change-Management Prozesse in Gesundheitsunternehmen:

Wenn der Patient zum Kunde wird.

The enterprise change in the health sector –  
Change Management in healthcare companies:

The patient as a customer

61 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,  
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2013

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Der Sozialstaat .....</b>	<b>3</b>
1.1 Die Entstehung der Sozialversicherung.....	4
1.1.1 Die Vorläufer Bismarcks.....	4
1.1.2 Bismarcks Versicherungslösung .....	6
1.2 Die relevanten Akteure des Gesundheitssystems .....	7
1.3 Die Rolle der Rehabilitation und ihre Aufgabe .....	9
<b>2 Die aktuelle Situation – Eine Bestandsaufnahme .....</b>	<b>11</b>
2.1 Der dritte Leistungserbringer .....	12
2.2 Die Änderungen der Gesundheitsreform 2007 .....	14
2.2.1 Der GKV Gesundheitsfonds und der einheitliche Beitragssatz ..	16
2.2.2 Das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG).....	17
<b>3 Das Resultat für Unternehmen .....</b>	<b>19</b>
3.1 Das Umdenken der Patienten als Folge der Zuzahlungen.....	19
3.2 Die Patientenmöglichkeiten durch das Internet .....	22
<b>4 Das Change-Management in Gesundheitsunternehmen.....</b>	<b>25</b>
4.1 Die Ziele des Gesundheitsunternehmens.....	26
4.2 Die Gründe des häufigen Scheiterns von Veränderungsprozessen.....	27
4.3 Das erfolgreiche Change-Management.....	30
4.3.1 Die Feldtheorie von Kurt Lewin .....	30
4.4 Die Vorbereitung auf den Wandel .....	32
4.4.1 Die Ausgangssituation .....	32
4.4.2 Das Ziel.....	33
4.4.3 Die Orientierung.....	33
4.5 Die Unternehmensstruktur im Gesundheitswesen.....	34
4.6 Der Führungsstil im Wandel .....	35
4.7 Die Vision des Wandels .....	37
4.8 Die Kommunikation im Wandel .....	38

---

4.9	Die Organisation im Wandel.....	43
4.10	Der dauerhafte Wandel .....	47
<b>5</b>	<b>Die Reha-Klinik im Wandel .....</b>	<b>49</b>
<b>6</b>	<b>Die Zukunft der Gesundheitsbranche.....</b>	<b>53</b>
6.1	Nationale Veränderungen .....	53
6.2	Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen (GKV-VStG) ..	54
6.3	Finanzierung des GKV-VStG .....	57
<b>7</b>	<b>Die Schlussfolgerung .....</b>	<b>61</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>VI</b>
	<b>Eigenständigkeitserklärung .....</b>	<b>VIII</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bismarcks Versicherungsmodell, S. Frey 2013.....	7
Abbildung 2: Ambulante Leistungen der GKV vor 2007, S.Frey 2013 [nach Dr. med. Khoschlessan, 2011] .....	11
Abbildung 3: Abrechnungsmöglichkeiten einer Reha-Klinik, S. Frey 2013.....	13
Abbildung 4: Gestrichene Leistungen der GKV - Daten aus dem Leistungskatalog des GKV Spitzenverbandes, S.Frey, 2013.....	17
Abbildung 5: Einflussfaktoren Kaufentscheidung, Springer Gabler, 2013 .....	21
Abbildung 6: Das Vier-Seiten-Modell nach Schulz von Thun, 2008 .....	28
Abbildung 7: Erscheinungsformen von Widerständen [Doppler & Lauterburg, 2002, S. 339].....	29
Abbildung 8: Leistungskurve des Wandels in Anlehnung an das Drei-Phasen-Modell von Lewin [nach Lauer, 2010, S. 57].....	31
Abbildung 9: Weisungsbefugnisse in Gesundheitsunternehmen [S. Frey, 2013] .....	34
Abbildung 10: Projektportfolio [Lauer, 2010, S. 168].....	45

## Einleitung

Nachdem sich im Jahr 1881 Kaiser Wilhelm I., auf Anraten des Reichskanzlers Otto von Bismarck, erstmals auf gesetzlicher Ebene mit der sozialen Sicherung von Arbeitern beschäftigt hat und im Jahr 1883 durch den Reichstag die ersten Gesetze der Sozialversicherung verabschiedet wurden, hat sich in dieser bis heute kaum etwas Grundlegend verändert. Die angedachten Prozesse und Wirkungsweisen des aufgebauten Systems sind seit über 100 Jahren gleich geblieben. Seit einigen Jahren jedoch findet ein Umdenken statt. Regelungen der Gesundheitsreform 2007 und andere Anpassungen des Systems haben aktuell deutliche Auswirkungen auf die Arbeitsweisen der Akteure im Gesundheitssystem.

Das spürbare Resultat sind sinkende Leistungen und steigende Kosten für den Versicherten. Wichtige Stellschraube in diesem Prozess: Die Selbstbeteiligung. Die sich mittlerweile in immer mehr Bereichen durchsetzenden Zuzahlungen veranlassen die Versicherten dazu, die Wahl ihrer Ärzte, ihre Institutionen und ihrer Behandlungen stärker zu hinterfragen und sorgen damit für den Eintritt in einen expandierenden Wettbewerb im Gesundheitssektor.

Gerade die Leistungserbringer, wie Krankenhäuser, Ärzte, Therapiezentren oder Pflegehäuser, haben diese Entwicklung bisher größtenteils ignoriert und erfahren nun durch Schließungen von Kliniken und sinkenden Einnahmen im eigenen Haus ein Erwachen aus einem jahrzehntelangen wirtschaftlichen und strukturellen Tiefschlaf.

Diese Leistungsträger benötigen nun professionelle Hilfe in fast allen Bereichen. Diese Abschlussarbeit beschäftigt sich mit den Möglichkeiten, die den Leistungserbringern zur Verfügung stehen. Die zu klärende Frage ist, ob bei Akteuren im Gesundheitswesen heute die gleichen Maßstäbe anzusetzen sind, wie bei Unternehmen der freien Wirtschaft. Welchen besonderen Einschränkungen unterliegt dieses System? Kann der Patient wie ein Kunde behandelt werden? Welche Werkzeuge kann das Gesundheitssystem von der Wirtschaft übernehmen und wie müssen Change-Prozesse, in den Bereichen Marketing, Service und Kooperation gestaltet werden, um diesem Wandel mit Erfolg zu begegnen. Wie kann sich ein modernes Gesundheitsunternehmen positionieren, um auch im Wandel der Zukunft ökonomisch und sozial erfolgreich zu sein. Um diese Fragen strukturiert beantworten zu können, teilt sich die vorliegende Arbeit in drei ineinander übergehende Schritte auf: Der erste Teil schafft eine objektive Wissensgrundlage. Die Fragen nach der Herkunft und Entwicklung der Sozialversicherung der Bundesrepublik Deutschland wird entlang der wichtigsten Grundpfeiler dargestellt. Die Veränderungen der vergangenen zehn Jahre nehmen dabei eine herausragende Stellung ein, da sie massiven Einfluss auf den heutigen Stand haben. Der zweite Teil der Arbeit stellt das Kernthema dar. Beginnend



mit den Auswirkungen der Entwicklungen auf Gesundheitsunternehmen werden die verfügbaren Management-Werkzeuge auf ein Gesundheitsunternehmen angewendet. Zur Verdeutlichung wird die fachliche Ausarbeitung von einem Praxis-Beispiel begleitet, auf das exemplarisch die Erläuterungen angewendet werden. Die Change-Management-Prozesse nehmen den Mittelpunkt dieser Ausführungen ein. Die Schritte des Change-Managements werden jeweils fachlich neutral und anschließend auf den Gesundheitssektor übertragend dargestellt. Auch hier wird das begleitende Forschungsobjekt zur beispielhaften Erklärung verwendet. Der Hauptteil endet mit der Erarbeitung eines grundsätzlichen, praxisnahen Change-Prozesses.

Im letzten Teil der Arbeit werden die gestellten Fragen zusammenfassend, sofern vollständig möglich, beantwortet und das Ergebnis in einen nationalen und internationalen Kontext eingeordnet.

# 1 Der Sozialstaat

Der Gesundheitssektor der Bundesrepublik Deutschland finanziert sich zum überwiegenden Teil aus den Regelungen des Gesundheitssystems. Am Ende des 19. Jahrhunderts goss Otto von Bismarck unter der Herrschaft von Wilhelm I. von Preußen das Fundament der heutigen, durch Beiträge finanzierten, Sozialversicherung.

Im Kern stellt diese Arbeit den Anspruch aufzuzeigen, welche Ansprüche Gesundheitsunternehmen und Medizinbetriebe heute erfüllen sollten, um im rasant wachsenden Wettbewerb zu bestehen. Ein grundlegendes Verständnis des Gesundheitssystems, sowie seiner Herkunft, ist dabei unumgänglich.

Auch wenn Bismarck den Grundstein zum Sozialstaat in Deutschland zwischen 1878 und 1881 [Stolleis, 2003] legte, war „soziale Sicherung“ zuvor keineswegs unbekannt. In den Aufbau des Versicherungssystems gingen die bekannten Versorgungsvorläufer als Grundlagen mit ein. Vor der staatlichen Administration eines solchen Systems übernahm vor allem die Kirche die Aufgabe der Heilung und Pflege. Mit dem Aufstreben der ersten Vermögenden im 15. und 16. Jahrhundert gründeten sich dann Hospitäler und wohltätige Stiftungen. In der Zwischenzeit dieser Einzelorganisationen und dem Versicherungskonzept Bismarcks veränderte sich das Verständnis des Begriffs „Arbeit“. Die Schaffung von Zucht- und Arbeitshäusern, und das damit verbundene Zusammenfassen der Arbeiter, unterstützen die ersten Initialzündungen zum heutigen System. Diese Veränderung, die in der Diskussion das Thema der „Sozialdisziplinierung“ trägt, stellt sich als komplexes und umfangreiches Phänomen da, welches Anlass zu weiteren Arbeiten gibt, in der vorliegenden Arbeit jedoch keinen weiteren Ansatz findet. Trotz allem beschäftigt der damals entstandene Begriff des Arbeiters das deutsche Sozialsystem bis weit in das 20. Jahrhundert hinein. Über lange Strecken unterschied der Gesetzgeber die Begriffe „Arbeiter“ und „Angestellter“ nicht nur in der Namensgebung, sondern auch deren Leistungsansprüche.

Ausgehend von diesen Vorüberlegungen beschäftigt sich dieser erste Teil der Arbeit mit den Grundlagen des Sozialstaates in der Bundesrepublik. Ziel stellt die Gesundheitsreform 2007 dar. Die Reform bildet den Einstieg in ein detailliertes Verständnis der aktuellen Situation. Die Akteure dieses Sozialstaates werden im Hinblick auf Stellung, Funktionsweise, Finanzierung und gegenseitige Beziehung beleuchtet und in den Kontext des Gesundheitssystems einsortiert. Ein besonderer Fokus wird hierbei auf die Rolle der Rehabilitationseinrichtungen gelegt, da die Verfassung dieser Arbeit das Resultat der Mitarbeit im Management einer solchen Einrichtung darstellt.

## 1.1 Die Entstehung der Sozialversicherung

### 1.1.1 Die Vorläufer Bismarcks

In der Entwicklung der meisten Kulturen bildete sich bereits zu Zeiten des frühen Mittelalters die Pflege von „Armen und Alten, Witwen und Waisen aus Mitleid und sittlich- religiöser Verpflichtung“ [Stolleis, 2003] heraus. Das im westlichen Kulturkreis vorherrschende Christentum machte sich diese Verpflichtung dabei zu einer besonderen Aufgabe. Unter dem Begriff der *Nächstenliebe* wurde die Unterstützung von Benachteiligten und Bedürftigen eines der wichtigsten Gebote in den Regelungen der Kirche. Durch die Arbeit mit Kranken und Armen sicherte die Kirche sich bedeutenden Zugang in das öffentliche Leben bis weit in das 19. Jahrhundert. Gerade in ländlichen Gebieten galten Klöster hierbei nicht nur als Einrichtungen für Bildung, sondern besonders zur Heilung und Pflege leidender Menschen.

Mit dem Aufstreben der Ordnungsmächte im Hochmittelalter erkannten jedoch auch andere Führungsgruppen das soziale Potential leidender und in Armut lebender Menschen. Zunächst sicherten städtische und ländliche Institutionen erste medizinische Hilfen und den Zugang zu Nahrung. Ziel war jedoch, mit diesen Maßnahmen Territorien einfacher unter Kontrolle zu halten. Auch die Vorteile sesshafter Bürger, die für kontinuierliche Abgaben sorgten, erweckte das Interesse der Feldherren und Könige. Die folgenden Jahrhunderte zogen unter anderem Reformationskriege und die *Konfessionsspaltung* nach sich und schwächten die Stellung der Kirche in vielen Belangen. Die Machtkämpfe der Führer dieser Zeit ließen Armenversorgung und die Linderung der Not zu zentralen politischen Argumenten werden, um die eigenen Territorien zu sichern und auszubauen. Diese langsame und zeitintensive Veränderung hatte eine Verschiebung der Verantwortlichkeiten zur Folge. Der sich langsam formierende Staat übernahm die Aufgabe der sozialen Sicherung auch aus eigenem Interesse. Die Herstellung der Arbeitsfähigkeit in der Bevölkerung ist unabdingbar mit seiner Stärke verbunden. Im Vordergrund stand jedoch dauerhaft die Verhinderung von Armut. Ähnlich wie Heute war auch damals eine Null-Quote nicht zu erreichen. Der Staat versuchte deshalb mit Regelungen, die in Grundzügen den heutigen ähneln, die Armut zu drücken. So unterschied man eigene und fremde Bettler, untersuchte ob der Einzelne verschuldet oder unverschuldet keine Arbeit mehr besitzt und in wie weit die Arbeitsfähig aufrechterhalten werden kann. Anders als in heutigen Systemen sicherte der Staat sich bei dieser Sortierung großen Spielraum für Sanktionen und andere Maßnahmen. So kannte man das Recht auf bestimmte Leistungen genauso wenig wie grundsätzliche Absicherungen zur Verhinderung von Armut. Ungewollte oder fremde Arme wurden hierbei mit der individuell notwendigen Gewalt aus Städten und eigenen Hoheitsgebieten herausgehalten [Stolleis, 2003].

Die gesellschaftlichen Veränderungen der Aufklärungszeit und das Heranwachsen des selbstbewussten und individuellen Bürgers zwang die staatlichen Leitungen immer stärker in Pflicht, Sozialpolitik als festen Bestandteil in die Aufgaben der Obrigkeit aufzunehmen. Im 17. und 18. Jahrhundert bildeten sich hieraus die ersten Gesetzgebungen, die Rechte und Pflichten des Staates zur Armenversorgung klärten. Parallel entwickelten sich auch Regelungen zu Themen des Bildungs- und Gewerberechts. Die Öffnung anerkannter Armenverbände- und Anstalten waren das langersehnte Resultat. Bisher konnte entstehende Armut noch klar mit der Herkunft des Menschen in Verbindung gebracht werden. Forderungen nach Bodenfreiheit, der Abschaffung der Lehnverhältnisse und Verzicht auf Leibeigenschaft kamen erst mit dem Entstehen der Parlamente Ende des 18. Jahrhunderts auf. Auswärtigen Bettler konnten somit weiterhin, mit Verweis auf ihre Herkunft, die Unterstützung verwehrt werden. Diese Situation änderte sich jedoch schnell, als den Forderungen des industriellen Bürgertums nachgekommen wurde und sich im Verlauf des 19. Jahrhunderts ein deutlicher Nationalgedanke durchsetzte. Auftretende soziale Probleme mussten zwangsläufig dort bekämpft werden, wo sie auftraten. Mit ersten Regelungen in den Jahren 1851/53 einigte man sich in den deutschen Ländern darauf, die neuen Fragestellungen gemeinsam zu beantworten. Kurz darauf regelte Preußen als Vorreiter die Einrichtung des Unterstützungswohnsitzes, dessen Prinzip sich der Norddeutsche Bund, Württemberg und Baden nach der Reichsgründung anschlossen. Elsass-Lothringen und Bayern kamen zu Beginn des 20. Jahrhunderts hinzu. In diesen Regelungen wurde nun nicht nur die Bekämpfung von Armut, sondern auch die Krankenpflege zur Kernaufgabe des Sozialstaates. [vgl. Stolleis, 2003]

Trotz dieser Bemühungen und Impulse konnte bis zum Ende des 19. Jahrhunderts die Situation im deutschen Raum nicht grundlegend verändert werden. Durch die Anstrengungen der Bürger mehr Freiheit zu erschließen und die Laster des vergangenen Jahrhunderts hinter sich zu lassen, großen Veränderungen in den Bereichen der Reichsbildung und politischer Neuorientierung, blieb das Thema der sozialen Sicherung weitgehend am Rand. In dieser Zeit erholte sich die Kirche von den Rückschlägen der Vergangenheit und brachte sich stärker in die Gesellschaft ein. Gerade auf Seiten der Katholiken nutzte man die Möglichkeit durch eigene soziale Einrichtungen und Verbände dem aufgeklärten Bürgern wieder näher zu kommen. Die Arbeit karitativer Pflege- und Krankenhäuser und die Tätigkeit von Stiftungen und Orden wurden vorangetrieben. Die Gründung des „Caritasverband für das katholische Deutschland“ sorgte hierbei zum ersten Mal für die Zusammenlegung der kirchlichen und staatlichen Bestrebungen.

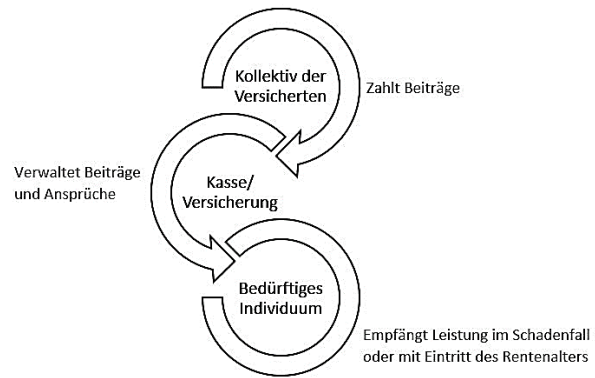
### 1.1.2 Bismarcks Versicherungslösung

Die grundlegende Überlegung, gemeinsame Interessen auch gemeinsam zu verfolgen, ist der Menschheit schon seit Jahrtausenden bekannt. Der Zusammenschluss von Völkern, Kriegern, Arbeitern oder Nachbarn hat sich früh als besonders effizient herausgestellt. Diese Zusammenschlüsse dienten jedoch nicht rein der gemeinsamen Zielerreichung, sondern gleichwohl auch der Umwandlung von individuellem Risiko zu einem kollektiven Risiko. Häufig auftretende Krankheits- und Verletzungsrisiken bestimmter Berufsgruppen wurden schon in der Antike durch beitragsfinanzierte „Kassen“ abgesichert. [vgl. Stolleis, 2003]

Die Problematik bestand nun zunehmend darin, dass sich das vorherrschende Kastendenken als wenig realistisch herausstellte. Immer mehr Menschen gingen neue Lebenswege und waren damit nicht mehr miteinander zu vergleichen. Die erreichte Gewerbefreiheit veränderte die Arbeitswelt. Die Anzahl an Bauern und Forstwirten senkte sich kontinuierlich und der Zustrom in Städte stieg parallel an. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts versuchten die staatlichen Organe, ausgehend von der preußischen Vorherrschaft, auf unterschiedlichem Wege eine Form des Sozialwesens einzurichten, das den neuen Herausforderungen genügt. Da durch Regelungen zu Zwangsversicherung oder Beitragsabgabe die neu erkämpfte Freiheit der unteren Klassen in Gefahr schien, fanden die Überlegungen jedoch wenig Anklang in der Bevölkerung. Der rückblickend dominierende Staatsmann seiner Zeit, Otto von Bismarck, stellte sich mit der Arbeiterversicherung einer Aufgabe, die von unterschiedlichster Seite mit verschiedensten Interessen und Motiven begleitet wurde. Zu vereinen hatte Bismarck die Forderungen der Arbeiter nach staatlicher Absicherung von Alter und Invalidität und die gleichzeitigen Ansprüche der Liberalisten nach einer zurückhaltenden staatlichen Hand.

Eine staatliche Zurückhaltung lag jedoch wenig in Bismarcks Interesse, da die staatliche Führung des Kaiserreichs auf ihren Einfluss nicht verzichten wollte. Das Resultat dieser Forderungen und Ansprüche ist eine Sozialversicherung die im Wesentlichen auf der Kranken- und Rentenversicherung fußt. Diese wurden ähnlich wie heute aus Beiträgen finanziert. Bereits zu Beginn nahm der Staat hierbei die Arbeitgeber in der Pflicht und teilte die Zahlungen auf, die jeweils zur Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers und Arbeitnehmers gehen. Zu dieser Versicherungsform zwang Bismarck, der die Begründung in der bekannten Sicherheit und dem Schutz des Staates fand, die Versicherten. Er übergab das dadurch aufstrebende Kassensystem der Selbstverwaltung. Ein Prinzip, das sich in den anschließenden Jahren als außerordentlich effizient erwies. Der Staat übernahm rein die Setzung der

Rahmenbedingungen und die Kontrolle des Systems.[vgl. Protokoll des Reichstages 1882/83, 1047 ff.] Die sich daraus ergebende erste allgemeingültige Versicherungslösung, die sich bis dato noch auf Arbeiter beschränkte, stellte sich vereinfacht wie in Abbildung 1 dar.



Vergleicht man das aktuelle Modell der Bundesrepublik Deutschland zeigt sich deutlich, dass dies die

Abbildung 1: Bismarcks Versicherungsmodell, S. Frey 2013

weiterhin gültige Grundlage des Sozialsystems der Bundesrepublik darstellt. In den Jahrzehnten darauf wird dieses Ursprungsmodell verfeinert und ausgebaut. Neben der Ausweitung auf Angestellte und andere Berufsgruppen, gesellt sich die Arbeitslosenversicherung, die Unfallversicherung und erst 1994 die Pflegeversicherung zum Sicherungspool hinzu.

## 1.2 Die relevanten Akteure des Gesundheitssystems

Historisch politische und gesellschaftliche Abläufe und Geschehnisse des 20. Jahrhunderts haben immer wieder Einfluss auf die Form und Ausübung des Gesundheitswesens gehabt. Mit Einstieg in die folgenden Abschnitte der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf das Gesundheitswesen als relevanter Teil des Sozialsystems gelegt. Da sich die Summe der Einflüsse des zurückliegenden Jahrhunderts im aktuellen System darstellt, wird auf die einzelne Ausführung der Geschichte verzichtet.

Die wachsende Komplexität des Gesundheitswesens sorgt für eine Fülle an Akteuren. Zu Zeiten Bismarcks war das Gesundheitssystem auf die Beziehung zwischen Patient und Arzt ausgerichtet. Das Entstehen und Wachsen neuer Disziplinen, wie Rehabilitation, Pharmazie und medizinischer Trainingstherapie, sowie der Fortschritt in der medizinischen Forschung haben die Notwendigkeit geschaffen, mehr Akteure in diesem System unter zu bekommen.

Grundsätzlich lassen sich diese Akteure in fünf Gruppen einteilen:

Leistungserbringer: Zu den Leistungserbringern gehören neben dem niedergelassenen Arzt, den Krankenhäusern und Reha-Kliniken, alle Beteiligten, die aktiv kurierende und heilende Diagnostik und Therapie anbieten und dies aufgrund von Gesetzen und/oder Verträgen mit den Leistungsträgern abrechnen können.

Dritte Leistungserbringer: Vielschichtiger medizinische und therapeutische Maßnahmen werden von Leistungserbringern erbracht, die traditionell auf eine Überweisung, Rezepterstellung oder auf einen genehmigten Antrag des Leistungsträgers angewiesen sind, um die jeweiligen Leistungen ordnungsgemäß abrechnen zu können. Da die Möglichkeiten dieser Form der Leistungserbringer im Fokus dieser Arbeit stehen, werden sie fortlaufend separat genannt und von niedergelassenen Ärzten abgegrenzt.

Leistungsträger: Als Leistungsträger werden im Kern die Krankenversicherung und die Rentenversicherung angesehen. Die Krankenversicherung übernimmt nach Einnahme der Beiträge der Versicherten die Verteilung der finanziellen Ressourcen zur Absicherung der Gesundheit ihrer jeweiligen Mitglieder. Die abzurechnenden Leistungen teilen sich hierbei in Pflichtleistungen, die jede Versicherung von Rechtswegen zu zahlen hat, Leistungen, für dessen Abrechnung der Patient im Vorhinein einen Antrag zu stellen hat und Leistungen, die die Versicherung ausschließt. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung und Kassen werden auch private Krankenversicherungen als Leistungsträger angesehen. Die Abrechnung einer Leistung fällt in einigen Fällen jedoch in die Zuständigkeit der Rentenversicherung, nämlich immer dann, wenn eine Therapie dem Ziel der Sicherung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dient. Dies ist besonders häufig im Rehabilitationssektor der Fall.

Interessenverbände: Alle Einzelakteure des Gesundheitssystems haben sich im Laufe des 20. Jahrhunderts zu unterschiedlichen fachspezifischen Interessenverbänden zusammengeschlossen, denen die Aufgabe zugrunde liegt, in politischen und wirtschaftlichen Verhandlungen, Verträge und Gesetze zu Gunsten der Akteure mitzugestalten. Die Position dieser Verbände hat sich in den vergangenen Jahrzehnten bedeutend verbessert, insofern sie heute in politischen Gremien oftmals feste Sitze erhalten.

Medizinische Hilfsbetriebe: Als medizinische Hilfsbetriebe oder Versorgungsbetriebe werden Institutionen bezeichnet, deren Aufgabe es ist, als Zuarbeiter der Hauptakteure, das Erbringen medizinischer Leistungen möglich zu machen. Hierzu gehören beispielsweise Universitäten und andere Bildungseinrichtungen, Hersteller medizinischer Verbrauchsgüter und medizinische IT-Unternehmen.

Pharma-Unternehmen: Die Pharmazie stellt einen wesentlichen Teil der Gesundheitsversorgung sicher. Die Herstellung und der Verkauf von Medikamenten und therapeutischen und diagnostischen Werkzeugen (Bsp. Geräte, Testverfahren etc.), hängt untrennbar mit der Erbringung der meisten medizinischen Leistungen zusammen. Pharma-Unternehmen unterliegen dabei besonderen Richtlinien des Arzneimittelrechts, agieren ansonsten jedoch selbstständig und damit von Natur aus mit wirtschaftlichem Interesse.

Da die Motive und Aufgaben dieser Akteure zum Teil deutliche Unterschiede aufweisen, sei es im Stellenwert der Wirtschaftlichkeit oder den zu erreichenden Zielen, sind allgemeingültige Veränderungen bisher langwierige und viel diskutierte Prozesse. Ein, trotz dass er den höchsten Stellenwert einnimmt, oftmals in Aufzählungen vernachlässigter Akteur des Systems ist der Patient selbst. Die Patienten stellen an die restlichen Mitglieder des Systems hohe Anforderungen in Qualität, Quantität und nicht zuletzt Moral und Ethik. Die Patienten verfolgen hierbei kollektiv das, in der Betriebswirtschaftslehre Optimum-Prinzip genannte, Streben nach möglichst viel Leistung und möglichst wenig Beitragszahlung [vgl. Papenhoff/ Schmitz 2013, S.13].

Da diese Arbeit ein Rehabilitationsklinikum zur Verdeutlichung der beschriebenen Prozesse verwendet, ist zunächst zu klären, was eine Rehabilitation ist, von wem sie durchgeführt wird und wie sie abgerechnet wird.

### **1.3 Die Rolle der Rehabilitation und ihre Aufgabe**

Nach der vorangegangenen Einteilung, ist eine Rehabilitationseinrichtung (kurz Reha-Klinik), ganz gleich ob ambulant oder stationär, ein Leistungserbringer, der seine Leistungen mit der Krankversicherung des Patienten oder der Deutschen Rentenversicherung abrechnet. Je nach Ziel der Rehabilitationsmaßnahme werden die Leistungen in den Büchern V (Krankenversicherung), VI (Rentenversicherung) und IX (bei drohender oder eingetretener Behinderung) der Sozialgesetzgebung geregelt. Der Leistungsträger bestimmt in jedem Einzelfall die Dauer, den Umfang und die Art der Rehabilitation.

Grundsätzlich hat eine Rehabilitation die Aufgabe der Wiederherstellung von körperlicher, psychischer und organischer Funktionen. Zur Zielerreichung nutzt eine Reha-Klinik hierbei ein interdisziplinäres Team von Fachärzten, Physio-, Ergo- und Sporttherapeuten und Psychologen. Die jeweiligen Indikationen, also die Vorgabe der zu erbringenden Maßnahme, auf die eine Reha-Klinik spezialisiert und zugelassen ist, entscheidet im Detail über die individuelle Ausprägung der einzelnen Fachrichtungen.

Finanziert werden Reha-Kliniken durch Regel-Tagessätze. Diese Tagessätze sind die Ergebnisse der Leistungsträger, welchen wirtschaftlichen Aufwand ein Patient mit gegebener Indikation und dem vorgegeben Umfang der Maßnahme rechnerisch verursacht. Die Reha-Klinik erhält als Resultat einen festgelegten Euro-Betrag mit der sie die vorgegebenen Leistungen zu erbringen hat. Ökonomisches Ziel ist es hierbei, die Kosten der Leistungen pro Tag unter dem Tagessatz zu halten, um einen Gewinn zu verzeichnen. Die einzelnen Leistungsträger, hier auch jede einzelne Krankenversicherung oder Kasse, können einen individuellen Tagessatz zahlen.



Welchen Aufbau und Rechtsform die Reha-Klinik im Einzelfall einnimmt und welche unternehmerischen Maßnahmen diese ergreift, ist ihr freigestellt. Aus diesem Grund erfüllt eine Rehabilitationseinrichtung die idealtypischen Anforderungen, um als Praxis-Beispiel dieser Arbeit zu dienen. Die Untersuchung der Management-Werkzeuge einer solchen Einrichtung und die Analyse der unternehmerischen Möglichkeiten fungiert nachfolgend als Ausgangspunkt der Change-Management-Prozesse.

Im bisherigen ersten Teil der Arbeit werden Entwicklungen dargestellt, die sich im Verlauf der Geschichte jedoch voneinander abkoppelten und einen eigenen Entwicklungsweg nahmen (Arbeitslosenversicherung, Pflegeversicherung etc.). An diesen Stellen verzichtet die Arbeit bewusst auf die weitere Ausarbeitung dieser Wege, sofern sie für das Kernthema irrelevant sind. Eine vollständige Ausarbeitung aller Veränderungen und Einflüsse würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Die vom Autor konzipierten Schaubilder beruhen ausnahmslos auf den gesetzlichen Regelungen der Krankenversicherung, die im jeweiligen zeitlichen Kontext Wirkung hatten. Hierbei werden jeweils Einzelmeinungen und Ausnahmen bewusst eingespart, um die wissenschaftliche Korrektheit nicht zu gefährden.

## 2 Die aktuelle Situation – Eine Bestandsaufnahme

Die im Rahmen der Einführung vorgestellte Vergangenheit und ihre Entwicklungen stellen bis 2007 das Fundament der nationalen Gesundheitsversorgung. Die vereinfachte Darstellung der Leistungsabrechnung durch die gesetzlichen Krankenkassen in Abbildung 2 zeigt beispielhaft den Ablauf der ambulanten Behandlung eines Kassenarztes vor der Gesundheitsreform der großen Koalition.



Abbildung 2: Ambulante Leistungen der GKV vor 2007, S.Frey 2013 [nach Dr. med. Khoschlessan, 2011]

Eine der wesentlichen Informationen dieser Darstellung ist die Rolle des Patienten. Dieser erhält durch seinen gezahlten Beitrag eine Versichertenkarte von seiner Krankenkasse. Die Vorlage dieser Karte bei einem Kassenarzt ist im Regelfall die einzige Gegenleistung vor und während dem empfangen von Leistungen. Der Umstand, dass die Beitragszahlung in Deutschland bereits durch den Arbeitgeber vor der Lohnauszahlung abgezogen wird, kann dem Versicherten das Gefühl vermitteln, selbst keine Gegenleistung für seine Behandlungen leisten zu müssen. Das Aushandeln von beispielsweise Honorarverträgen, ist ein Prozess der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen, der von einem Versicherten im Maximum beobachtet werden kann. Der Arzt hat nach diesem Modell eine deutliche Planungssicherheit und kann seine

unternehmerischen Vorhaben ohne nennenswerte Unsicherheiten und Variablen ausrichten. Auch andere Leistungserbringer, wie das Forschungsobjekt Reha-Klinikum findet in einem solchen System Platz. Für nicht ärztliche Leistungserbringer spielt der Versicherte jedoch eine weitaus größere Rolle. Benötigt der Patient beispielsweise eine Rehabilitationsmaßnahme, muss diese im Voraus von selbigem bei seinem Leistungsträger (Krankenkasse/Rentenversicherung) beantragt und bewilligt werden. Erst nach dieser Bewilligung und einer, durch den Leistungsträger veranlassten, Zuweisung in eine zugelassene Klinik ist ein dritter Leistungserbringer, wie eine Reha-Einrichtung in der Lage erbrachte Leistungen abzurechnen. Durch diesen komplexeren Prozess der Abrechnung erscheint es sinnvoll, die Arbeitsgrundlage eines dritten Leistungserbringers und den damit verbundenen Weg des Patienten im Detail zu betrachten.

## 2.1 Der dritte Leistungserbringer

Anders als Unternehmer in Handels- oder Dienstleistungsbranchen, erhält der Eigentümer eines Gesundheitsbetriebs die Bezahlung seiner Leistungen nicht von dem Kunden direkt. Der Kunde übernimmt im Gesundheitssystem die besondere Stellung des Versicherten und ist damit Teil des zuvor beschriebenen Systems. Neben dieser komplexeren Marktstruktur, unterliegt ein dritter Leistungserbringer besonderen Auflagen und ist auf die Zulassung durch die relevanten Leistungsträger angewiesen. Diese stellen an den Unternehmer Anforderungen in Bezug auf Größe und Ausstattung der Räumlichkeiten, Ausbildung und Qualifikation der einzelnen Mitarbeiter, den Personalschlüssel und seine Zusammensetzung, sowie genauen täglichen Produktionsprozess (Leistungserbringung). Erfüllt ein Unternehmen die Anforderungen, erhält es von den einzelnen Leistungsträgern eine Zulassung für eine genau definierte Anzahl an Patienten (Kunden). Auch die Indikation wird genau festgelegt. Eine pauschale Zulassung für alle Leistungsträger ist nicht möglich. Ist der Unternehmer, wie im Praxis-Beispiel dargestellt, Eigentümer einer Reha-Klinik, hat er im Regelfall zwei Möglichkeiten sein Unternehmen auszulasten:

Möglichkeit 1: Ein Patient mit zugelassener Indikation und Leistungsträger beantragt eine Rehabilitationsmaßnahme. Diese wird durch den Leistungsträger genehmigt. Bereits im Antragsprozess wird die gewünschte Reha-Einrichtung genannt. Auch die Bewilligung ist auf eine bestimmte Einrichtung ausgestellt. Der Patient wird persönlich, telefonisch oder über einen Sozialdienst bei der Reha-Klinik vorstellig und führt die bewilligte Maßnahme durch. Nach Beendigung der Maßnahme rechnet der Unternehmer die erbrachte Leistung mit dem Leistungsträger ab und erhält so seine Bezahlung.

Möglichkeit 2: Ein Patient erhält von seinem Haus- oder Facharzt mit Kassenzulassung ein Rezept für eine, von der Reha-Klinik angebotenen, Indikation. Der Patient wählt frei von Einflussnahmen seine Reha-Einrichtung selbst aus und führt dort die verschriebene Maßnahme durch. Mit dem erhaltenen Rezept kann die Reha-Klinik ebenfalls mit dem jeweiligen Leistungsträger abrechnen.

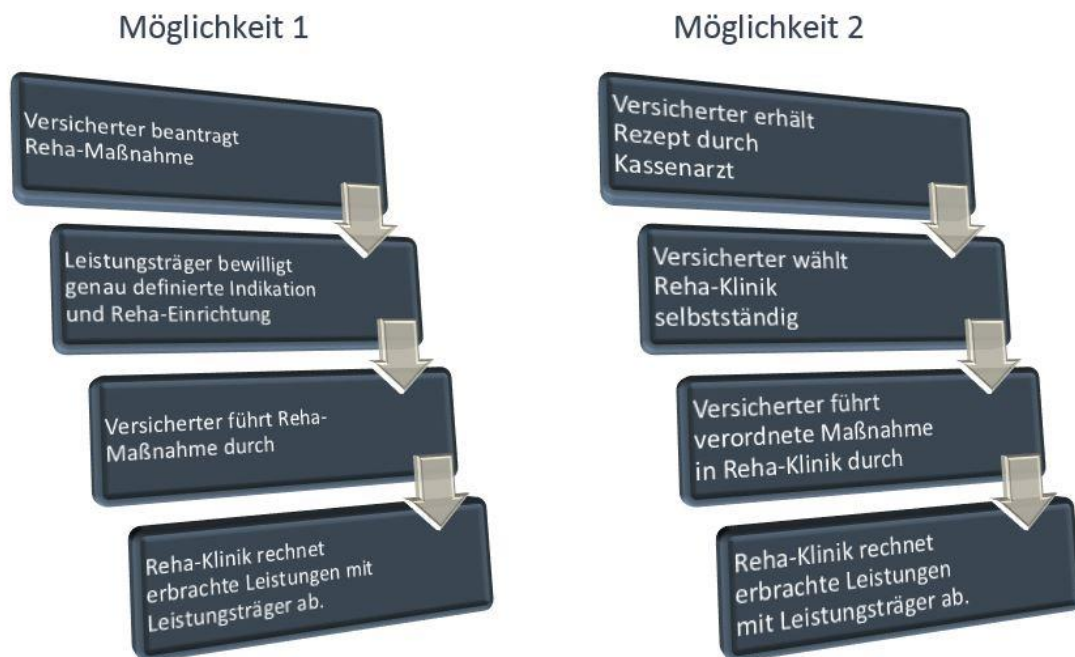


Abbildung 3: Abrechnungsmöglichkeiten einer Reha-Klinik, S. Frey 2013

In der Theorie hat der Unternehmer zusätzlich die Möglichkeit eine erbrachte Leistung auch direkt mit dem Patienten abzurechnen. In diesem Fall würde ein geregeltes Kundenverhältnis entstehen. Durch den Aufbau des Systems und die bereits durch Beiträge des Versicherten geleisteten Zahlungen, ist diese Variante in der Praxis kaum denkbar, da der Patient die vollen Kosten der Maßnahme selbst zu zahlen hätte.

Auch andere dritte Leistungserbringer arbeiten nach diesem Abrechnungskonzept. Unabhängig vom Zusatz einer Bewilligung wird eine Leistung durch ein Gesundheitsunternehmen vorfinanziert erbracht und nach Abschluss mit dem zuständigen Leistungsträger abgerechnet.

## 2.2 Die Änderungen der Gesundheitsreform 2007

Die Gesundheitsreform, die ihren Beginn am 01. April 2007 hatte, war das Resultat der Erkenntnis, dass das bisherige Gesundheitssystem nur durch Veränderungen und Ergänzungen weiter Bestand haben kann. Die Höhe der zu leistenden Ausgaben im Vergleich zu den eingenommenen Beiträgen war dabei einer der größten Mängel. Das Gesundheitsministerium unter damaligem Vorsitz von Ministerin Ulla Schmidt orientierte sich dabei nach eigener Aussage an drei Punkten:

- Jeder in Deutschland lebende Mensch soll, nach dem Grundsatz der Solidarität, Zugang zu medizinischer Versorgung und Schutz vor Krankheit erhalten.
- Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheit oder dessen Fortschreiten soll ein besonderer Fokus zukommen (Prävention und Rehabilitation)
- Ein entstehender Wettbewerb soll genutzt werden, um Gesundheit in der Bundesrepublik auf einem finanzierbaren Niveau zu halten.
  - [vgl. PM: Bundesministerium für Gesundheit, 2007, S. 1 ff.]

Mit dieser genannten Pressemitteilung fällt ein Schlagwort, dass bereits vor dem Eintreten der Veränderungen den Akteuren im Gesundheitswesen vermittelt, welche Notwendigkeit der unternehmerischen Ausrichtung ansteht: Wettbewerb! Die Gesundheitsreform 2007 war mit Beginn des Jahres 2011 abgeschlossen. Die grundlegendsten Veränderungen werden nachfolgend kurz dargestellt und in erster Instanz in den Kontext der unternehmerischen Prioritäten gesetzt.

Versicherungspflicht: Grundsätzlich ist die Pflicht zur Krankenversicherung nicht neu. Im Rahmen der Gesundheitsreform soll jedoch ausgeschlossen werden, dass einem Bürger in Deutschland im Ernstfall medizinische Leistungen verwehrt werden, weil er sie nicht finanzieren kann. Somit ist ein Jeder, unabhängig ob privat oder gesetzlich versichert, verpflichtet einen Basisschutz zu besitzen, der die Mindestleistungen auf dem aktuellen Stand der Forschung sicherstellt. Darüber hinaus kann der Einzelne selbstständig entscheiden, ob und in welchem Rahmen er sich weiterführend absichern möchte. Diese Zusatzleistungen sind sowohl für Leistungsträger als auch Leistungserbringer von besonderer Bedeutung. Leistungsträger können ihren Mitgliedern Zusatztarife und erweiterte Versicherungen anbieten, die das Mitglied separat bezahlt. Da die Versicherten hierbei nicht von dem System oder gesetzlichen Bestimmungen beeinflusst werden, agieren diese hier als Kunden. Kauft der Einzelne einen solchen Zusatzschutz ein, hat er im Leistungsfall Anrecht auf die Übernahme von höherwertigen Leistungen, die Versicherten mit reinem Basisschutz nur durch Selbstzahlungen gewährt wird. Leistungserbringer arbeiten hierbei mit demselben Ansatz. Sie sind verpflichtet Leistungen zu erbringen, die nach der Sozialgesetzgebung als ausreichend angesehen werden. Ihnen steht es hingegen frei Maßnahmen anzubieten, die über dieses

Mindestmaß hinausgehen. Dies können höherwertigere Materialien, besonders ausgebildete Fachkräfte oder ein erhöhter Komfort sein.

Da die Leistungserbringer diese Zusatzkosten von den Patienten selbst verlangen, unabhängig davon ob sich dieser die Leistung im Anschluss von einer Zusatzversicherung zurück bezahlen lässt, sind sie auch gezwungen die Patienten direkt von diesen Leistungen zu überzeugen. Hier entstand im Rahmen der Gesundheitsreform eine neue Form der Beziehung zwischen Leistungserbringer und Patient, da die Zufriedenheit und Zahlungsbereitschaft des Patienten eine besondere Bedeutung erhält. Außerdem finden sich Leistungserbringer und Leistungsträger bei Interesse zu Mehreinnahmen erstmals in einem Wettbewerb wieder. Die angebotenen Tarife, Leistungen oder Angebote müssen gegen die der Konkurrenz bestehen. [vgl. Bundesministerium f. Gesundheit, 2007, S. 4 f.]

Ambulante Krankenhausleistungen: Um die interdisziplinäre Stärke von Krankenhäusern in erweitertem Maße zu nutzen, wird den Krankenhäusern das Recht zur Abrechnung ambulanter Leistungen gewährt. Diese Veränderung hat in erster Linie positive Auswirkungen auf Patienten, denen gerade bei komplexen und seltenen Krankheitsbildern der Zugang zu neuen Ressourcen ermöglicht wird. Gleichzeitig versetzt sie Krankenhäuser aber auch in die Lage, abgerundete Diagnostik- und Therapiekonzepte anzubieten, die ebenfalls zu Mehreinnahmen führen, die ohne diese Möglichkeit unter den ersten Leistungserbringern (Krankenhäuser, Hausärzte, Fachärzte) aufgeteilt werden müsste. [vgl. Bundesministerium f. Gesundheit, 2007, S. 5]

Rechtsanspruch auf Rehabilitation: Diese Regelung wird trotz seiner Spezifität kurz genannt, da sie Einfluss auf das verwendete Forschungsobjekt besitzt. Vor der Gesundheitsreform galt die Rehabilitation als reine Maßnahme zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit. Da jedoch die Entwicklungen der Vorjahre aufzeigten, dass auch Fälle auftreten, in der durch Rehabilitation beispielsweise das Leiden verbessert wird, ohne direkten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu nehmen und die Rentenversicherung für diese Fälle dadurch nicht zuständig ist, musste ein weiterer Träger in die Rehabilitation eingebunden werden. Mit der Reform geht diese Aufgabe den Krankenkassen zu. Die Reha-Kliniken müssen damit bei zusätzlichen Leistungsträgern zugelassen werden. [vgl. Bundesministerium f. Gesundheit, 2007, S. 5 f.]

Kassenwettbewerb: Die Krankenkassen erhalten von Rechtswegen einen größeren Gestaltungsspielraum um Tarife und Leistungsmodelle auf ihre Mitglieder individuell anzupassen. Dies gilt zum einen für die bereits genannten Zusatzleistungen, jedoch auch für Bonussysteme, die bestimmte Verhaltensweisen eines Mitglieds honorieren. Nehmen Versicherte an Präventionsprogrammen teil, geben das Rauchen auf oder folgen Empfehlungen ihrer Krankenkasse, kann diese das mit Rückzahlungen oder anderen Boni belohnen. Dieser gestalterische Spielraum wird nachfolgend als essenziell angesehen, da die weiteren Veränderungen die Kassen zum Teil stark vereinheitlichen.

Unter diesem Umstand verlangt das unternehmerische Denken die Findung neuer Alleinstellungsmerkmale (USP), um dem entstehenden Wettbewerb Stand zu halten. Um diesen Freiraum weiter auszudehnen, werden die Krankenkassen vollständig geöffnet. Bis zur Reform konnten beispielsweise Berufskrankenkassen (BKK) die Art ihrer Mitglieder auf die Berufsgruppe oder ein Unternehmen eingrenzen. Mit den neuen Regelungen sind alle Kassen verpflichtet, jedes Mitglied aufzunehmen. [vgl. Bundesministerium f. Gesundheit, 2007, S. 7 f.]

### 2.2.1 Der GKV Gesundheitsfonds und der einheitliche Beitragssatz

Eine der grundlegendsten und weitreichendsten Veränderungen der Gesundheitsreform ist die Einführung des Gesundheitsfonds zum Jahr 2009. Dieser Fonds stellt neue Abläufe und Prozesse in den Beitragseinnahmen und –Ausgaben dar, der für alle Beteiligten im Gesundheitswesen marktwirtschaftliche Veränderungen darstellt. Der Ansatz ist die gemeinsame Beitragseinzahlung der gesetzlichen Krankenkassen. Jeder Versicherte zahlt, unabhängig bei welcher Krankenkasse er Mitglied ist, in denselben Fonds ein. Aus diesem Fonds erhalten die einzelnen Krankenkassen dann pro Versicherten ihre Beiträge. Um dabei sicher zu stellen, dass eine gerechte Verteilung der Beiträge abläuft, werden die Merkmale der versicherten Mitglieder zusätzlich in die Berechnung aufgenommen. Dieser Risikostrukturausgleich bestimmt die Beitragsunterschiede bezogen auf Krankheitsstatus, Risikogruppen und Alter der Mitglieder. Damit dieser Ausgleich nicht auf den Schultern der Versicherten ausgetragen wird, ist zusätzlich ein einheitlicher Beitragssatz festgesetzt worden. Dieser steht aktuell bei 15,5 % vom Brutto- Arbeitsentgelt des Versicherten. Davon zahlt, wie vor der Reform, der Arbeitgeber einen Teil (z.Z. 7,3 %) und der Arbeitnehmer den anderen Teil (z.Z. 8,2 %).

Um die Krankenkassen dabei nicht zu stark einzugrenzen, erhält jede Krankenkasse die Möglichkeit, bei guter wirtschaftlicher Leistung, den Mitgliedern Rückzahlungen oder Bonusleistungen zu bieten. Andererseits kann eine Krankenkasse auch bis zu 1% Zusatzbeitrag erheben, falls die Wirtschaftlichkeit dies verlangt. Dieser Aufschlag darf den Betrag von 8,00 € pro Monat nicht übersteigen. Zur finanziellen Sicherung des Gesundheitssystems zahlt der Staat Steuereinnahmen in Höhe von 2,5 Mrd. EUR seit 2008 zusätzlich in den Gesundheitsfonds ein. Dieser Steueranteil wird bis zum Jahr 2016 auf 14 Mrd. EUR ausgeweitet. [vgl. Dr. med. Khoschlessan, 2011].

Mit der Bündelung des Beitragseinzuges zum 01.01.2011 war die Reform vollständig beendet. Die Umsetzung der Maßnahmen folgte einem Vier-Jahres-Plan, der neben politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen auch das Ende der damaligen Legislaturperiode der Koalition SPD/CDU/CSU nicht berücksichtigte. Die wirtschaftlichen Entwicklungen und die Regierungsübernahme durch CDU/CSU/ und FDP hatte damit eine Nachbesserung der Regelungen zur Folge. Diese Veränderungen finden sich in erster Linie im Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung wieder.

### 2.2.2 Das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)

Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik stand mit dem Ende der zuvor dargelegten Reform vor einem drohenden Defizit in Höhe von neun Milliarden Euro. [Bundesministerium f. Gesundheit, 2013]. Um diesen, mit erheblichen Konsequenzen verbundenen, Rückschlag zu verhindern, griff die aktuelle Bundesregierung auf die Möglichkeit von Gesetzesänderungen zurück. Der durch das Konjunkturpaket II vorübergehend abgesenkte, einheitliche Beitragssatz ist mit dem GKV-FinG gesetzlich auf 15,5 % festgesetzt. Mit dieser Maßnahme soll eine Entkoppelung von Arbeit und Beitrag erreicht werden [BfG, 2013]. Zusatzbeiträge werden nicht weiter über den prozentualen Beitrag direkt finanziert, sondern durch einkommensunabhängige Zahlungen veranlasst. Um den vorrangigen wirtschaftlichen Faktor „Ausgaben“ anzupassen, wurden die Krankenkassen verpflichtet ihrer Verwaltungsausgaben in den Jahren 2011 und 2012 auf maximal gleichen Niveau zum Vergleichsjahr 2010 zu halten. Begrenzte Mehrkostenübernahmen bei Krankenhausleistungen sollen die Krankenhaus-Ausgaben drosseln. Ähnlich wird die vertragsärztliche Vergütung begrenzt, um sie an der grundlegenden Regelversorgung für Hausärzte auszurichten.

Auch der Pharma-Bereich wurde durch eine gesetzliche Neuorientierung durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) in seiner Wirtschaftlichkeit gesichert.

#### Gestrichene oder gekürzte Leistungen der GKV in den vergangenen 10 Jahren

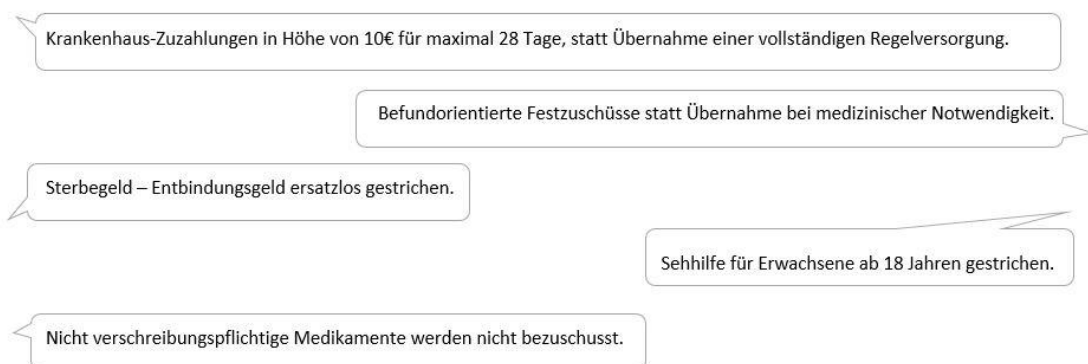


Abbildung 4: Gestrichene Leistungen der GKV - Daten aus dem Leistungskatalog des GKV Spitzenverbandes, S.Frey, 2013

Die Gesamtheit der staatlichen Änderungen und Neuordnungen ergibt für Leistungserbringer und Patienten einen vollkommen neuen Markt. Durch die Begrenzung der finanziellen Ressourcen von Krankenkassen waren diese parallel gezwungen, ihre Ausgaben weiter zu drosseln, da die Möglichkeiten zur Erhöhung der Einnahmen effektiv nur durch die Erhöhung der Mitgliederzahlen erreicht werden kann. Der dabei unkomplizierteste Weg der Einsparung wird durch die Streichung von Leistungen erreicht. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, der maßgeblich durch den



Spitzenverband der GKV bearbeitet wird, regelt die zu zahlenden Leistungen der jeweiligen Kassen. Die Krankenkassen sind in ihren Angebotsmöglichkeiten dabei jedoch nur nach unten begrenzt. Alle, durch den Gesetzgeber festgelegten, Leistungen zur Sicherung bestimmter Rechte und Bedürfnisse müssen in den Leistungskatalogen unverändert bestehen. Jede darüber hinaus gehende Leistung kann, unter Kontrolle von vorgegebenen Rahmenbedingungen, angepasst werden. Von dieser Möglichkeit wurde in den vergangenen Jahren mehrfach Gebrauch gemacht. Abb. 4 zeigt exemplarisch Leistungen, die gestrichen oder angepasst wurden.

### 3 Das Resultat für Unternehmen

Die zuvor dargestellten Entwicklungen verändern das System und die Konstellation der Akteure. War von Beginn des Gesundheitssystems an der Patient zwar Leistungsempfänger und Beitragszahler, hatte er jedoch darüber hinaus wenig Einfluss auf Strukturen und Abläufe. Bis zu den Veränderungen der Reform 2007 war dieses Bild quasi ungebrochen. Zwar erhielt der Patient im Krankheitsfall diagnostische und therapeutische Maßnahmen von den Leistungserbringern, konnte allerdings keinen maßgeblichen Einfluss auf deren Art, Inhalt, Umfang oder Bezahlung nehmen.

Heute kann der Patient durch Wahl der Krankenkasse und des für ihn subjektiv besten Tarifes bereits an erster Stelle über seine potentiellen Leistungen entscheiden. Durch freie Arzt- und Klinikwahl, sowie der Freiheit die Art und Institution von dritten Leistungserbringern zu wählen, ähnelt der Entscheidungsprozess des immer stärker dem eines Kunden beim Kauf eines Produktes. Der einzige Puffer für diesen Vergleich war lange Jahre, dass der Patient von seinen Ausgaben für Gesundheit keinen klaren Nachweis hatte. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bereits vor Auszahlung von Lohn oder Gehalt, durch den Arbeitgeber abgezogen, was zur Folge hat, dass der Patient keine tatsächliche Zahlung wahrnimmt. Nimmt er eine Leistung in Anspruch, genügt bisher häufig die Vorlage der Versichertenkarte.

Um die Einnahmen konstant zu halten, übertragen die Krankenkassen den Versicherten eine Form des Selbstbehaltes. Diese, *Zuzahlungen* genannten, Eigenanteile haben das Resultat, dass der Patient immer öfter vor dem Erhalt von Leistungen eigene Bar-Zahlungen entrichten muss. Trotz hoher Überschüsse der Krankenkassen lag die Höhe dieser Eigenanteile nach einer Studie des Meinungsforschungsinstituts TNS Infratest im Jahr 2012 bei durchschnittlich 380,00 EUR [TNS, 2012]. Rund 30 % der befragten Kassenmitglieder gaben an, aus Kostengründen bereits Termine abgesagt oder verschoben zu haben. Jeder fünfte Befragte hat zusätzlich einen Wechsel des Leistungserbringers erwogen.

#### 3.1 Das Umdenken der Patienten als Folge der Zuzahlungen

Ein erhöhtes Interesse in Bezug auf das Kosten-Nutzen-Niveau bei medizinischen Leistungen ist für Ärzte, Krankenhäuser und andere Gesundheitsunternehmen keine neue Situation. Die Patienten der privaten Krankenversicherung unterliegen von Beginn an dieser erhöhten Aufmerksamkeit. Zum Einen wird privat Versicherten die Erstattung der empfangenen Leistung auf das private Konto gutgeschrieben und von Versicherten selbst überwiesen, was eine, für gesetzlich Versicherte, unbekannte Kontrolle ermöglicht. Zum Anderen haben die meisten Tarife der privaten Krankenversicherungen eine Selbstbeteiligung in den Versicherungsbedingungen. Das Ergebnis ist ein

geringerer Beitrag im Vergleich zu einer gesetzlichen Krankenkasse. Leistungen mit geringen Kosten werden jedoch von dem jeweiligen Patienten selbst übernommen. Dieser Umstand führt bereits aktuell dazu, dass die Zufriedenheit von Privatpatienten von größerer Bedeutung ist, als die eines Kassenpatienten. Dieses Interesse schlägt sich in der gesellschaftlichen Meinung der Zwei-Klassen-Medizin nieder. Häufig wird dabei davon gesprochen, dass Privatpatienten kürzere Wartezeiten auf einen Termin und im Wartezimmer besitzen.

Dass es für diese gesellschaftlich subjektive Meinung auch wissenschaftlichen Nachweise gibt, zeigt eine Studie der Universität Hamburg aus dem Jahr 2012. Der Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen wies hierbei nach, dass Privatpatienten bei Hausärzten 1,4 Tage durchschnittlich auf einen Termin warten. Kassenpatienten warten hingegen 2,2 Tage. Der Unterschied bei Fachärzten ist dabei bedeutend höher. Hier warten Privatpatienten 7 Tage, wohingegen sich Kassenpatienten durchschnittlich 16 Tage gedulden müssen.

Wandelt sich das Denken der Kassenpatienten in punkto Anspruch und Qualität nun ähnlich dem von Privatpatienten und Kunden der Wirtschaft, sind Unternehmen und Institutionen gezwungen, sich neu auszurichten.

Abb. 5 zeigt dabei ein von Wirtschaftsexperten, durch Prof. Dr. Manfred Kirchgeorg geprüft, erstelltes Schaubild zu den Einflussfaktoren während der Kaufentscheidung eines Kunden.

Adaptiert man diese Grafik auf das Gesundheitswesen, verliert der Bereich „Einstellung“ seine Relevanz, weswegen er in der Grafik Grau unterlegt ist. Von besonderer Bedeutung sind somit die Zufriedenheit des Patienten mit der Gestaltung und der Markenwirkungen des Leistungsträgers und das eigene Konsumverhalten des individuellen Patienten. Dies ist im Bereich der Prävention und Rehabilitation noch einmal von höherer Bedeutung, da dem Patienten das Bedürfnis einer Leistung klar sein muss. Zusätzlich hat das organisatorische Kaufverhalten Einfluss auf die einzelne Entscheidung. Hierbei sind einige Fragen essenziell: Wie gestaltet sich der Kontakt mit dem Leistungserbringer? Wie wird der persönliche Kontakt subjektiv bewertet und welches Leistungsangebot wird durch den Leistungserbringer geboten? In letzter Instanz wird nun der Bereich Kosten durch den Patienten bewertet. Welche Leistung muss dieser selbst zahlen? Welche Leistungen sind mit Zuzahlungen verbunden? Wie hoch ist die Zahlungsbereitschaft? Auf die letzte Frage kann das Gesundheitsunternehmen massiv Einfluss nehmen, wohingegen Zuzahlungen und Eigenleistungen in erster Linie durch den Versicherer bestimmt werden.

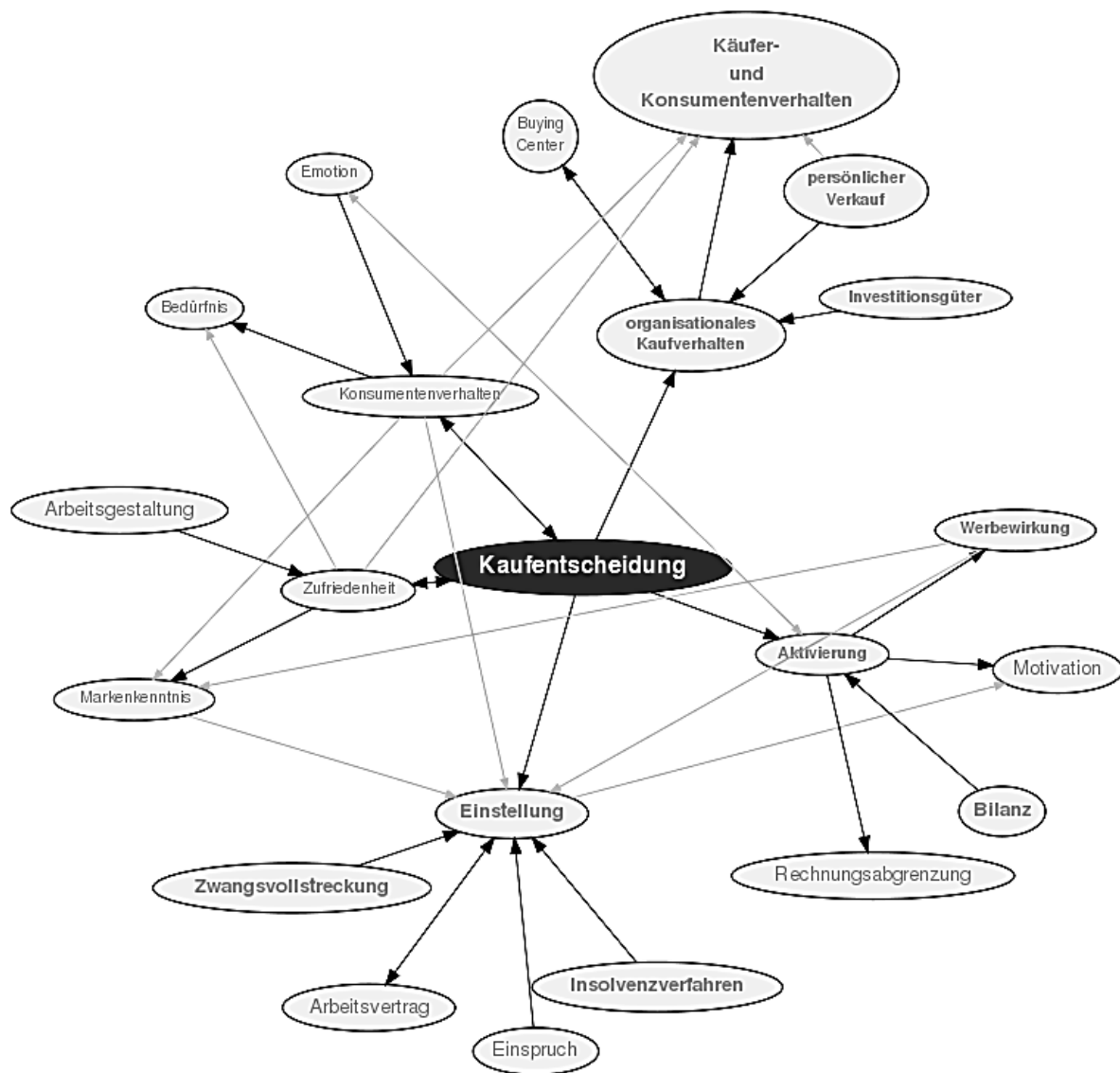


Abbildung 5: Einflussfaktoren Kaufentscheidung, Springer Gabler, 2013

Damit lässt sich der Handlungsbedarf für Akteure im Gesundheitswesen in folgende Bereiche aufteilen:

- Wirtschaftlichkeit
- Marketing/ Markenaufbau/ Werbung
- Service/ Kundenkontakt
- Qualität und Größe
- Kooperationen

Hierbei ist ein Fokus auf die Informationsquellen des Patienten zu legen. Da die Bereiche Wirtschaftlichkeit, sowie Qualität und Größe einen separaten Ansatz benötigen und der Umfang dieser Arbeit diesem nicht gerecht werden könnte, wird die weitere Konzentration auf die Bereiche Marketing, Service und Kooperationen gelegt. Bei der Frage der Informationsquellen ist das Medium Internet in der heutigen Zeit von herausragender Bedeutung.

## 3.2 Die Patientenmöglichkeiten durch das Internet

Ein weiteres Werkzeug, das die Wahl des Patienten beeinflusst, sind die weitläufigen Möglichkeiten des Internets. Die Etablierung dieses Mediums in der Mitte der Gesellschaft und die damit verbundenen Kommunikationsmöglichkeiten schaffen Chancen und Risiken auf der Seite des Patienten und der Leistungserbringer.

Patienten können durch Foren ähnliche Portale wie zum Beispiel <http://www.jameda.de>, <http://www.arzt-vergleich.de> oder <http://www.weisse-liste.de>, die für sie relevanten Ärzte, Kliniken und dritten Leistungserbringern regional und überregional ausfindig machen und auf Basis subjektiver Meinungen anderer Patienten einen ersten Eindruck über die fachlichen und menschlichen Merkmale eines Leistungserbringers erhalten. In diesem Vorteil liegt jedoch zeitgleich der Nachteil. Einmal unterscheiden sich Bedürfnisse von Individuen grundsätzlich voneinander. Damit ist die (Un-) Zufriedenheit des Einen nicht gleich die des Anderen. Außerdem hat der einzelne Patient bei einer anonymen Plattform im Regelfall kaum die Möglichkeit das Gelesene zu verifizieren und in einen der Behandlungssituation entsprechenden Kontext zu setzen. Anhand des Forschungsobjekts „Reha-Klinik“ lässt sich dieser Umstand einfach nachbilden:

Praxisbeispiel: Eine grundsätzlich agile und jung gebliebene 64-Jährige Patientin leidet seit mehreren Jahren unter Beschwerden im Hüft und Beinbereich. Nach Feststellung der Verschleißerscheinungen im Hüftgelenk wird der Einsatz einer Endoprothese (künstliches Hüftgelenk) angeraten. Im Anschluss an die Operation und den Klinik-Aufenthalt wird eine 3-wöchige Rehabilitation durchgeführt. Um zügig zu ihrem alten Lebensstil zurückkehren zu können, stellt die Patientin den persönlichen Anspruch vollständig schmerzfrei und ohne Bewegungseinschränkungen aus der Reha heimzukehren. Trotz der Erklärungen von Therapeuten und Arzt, dass dieses Ziel, durch das individuelle Alter und die eigenen körperlichen Voraussetzungen des Einzelnen, nur selten erreicht wird, ist die Patientin nach der Rehabilitationsmaßnahme unzufrieden. Zwar benötigt sie keine Hilfsmittel mehr und eine erhebliche Schmerzreduktion ist auch eingetreten, bei Gartenarbeiten merkt sie jedoch die Bewegungseinschränkungen und verspürt häufiger Schmerzen. Die 28-jährige Tochter der Patientin hört die Klagen ihrer

Mutter und schreibt diese in eigenen Worten und im Rahmen eines Forums zum Reha-Vergleich nieder.

Dieser komplexe Hintergrund kann einem Leser dieses Forums unmöglich bekannt sein. Für einen Unbeteiligten und fachfremden Menschen muss das Bild der nicht erreichten Reha-Ziele entstehen. Einen solchen Eindruck kann im Verlauf der Entscheidungsfindung eines Patienten ein Merkmal sein, das verhindert, dass Patient und Einrichtung überhaupt aufeinander treffen.

Um Patienten zumindest einen dieser beiden Makel zu nehmen, bieten sowohl Leistungserbringer und Leistungsträger, sowie Pharma-Unternehmen und Sportvereine immer häufiger Lern- und Nachschlageangebote über das Internet an. In diesen Wissensdatenbanken finden sich nach Symptomen oder Leitbildern sortierte Darstellungen und Erklärungen zu den häufigsten Krankheiten und Verletzungen. Dabei erhalten alle relevanten Zielgruppen (z.B. Patienten, Angehörige, Interessierte, Eltern etc.) nicht nur reine Definitionen, sondern ausgedehntes und fachlich fundiertes Wissen zu Ursachen, Diagnosestellung, Behandlungsmöglichkeiten und Verlauf von Krankheitsbildern. Hier bietet sich den Besuchern eine Plattform, die zur selbstständigen Entscheidungsfindung verhilft und Patienten in die Lage versetzt, kritische Nachfragen zu stellen.

Gesundheitsunternehmen erhalten durch das Internet Möglichkeiten, die eigene Marke zu stärken und sich im Markt zu positionieren. Eine bewusste Arbeit mit Bewertungsportalen kann die Positionierung in den entstehenden Rankings bedeutend verbessern. Dieser Effekt kann durch ein internes Qualitätsmanagement erreicht und durch die direkte Ansprache der eigenen Patienten stabilisiert werden. Eine von Leistungsträgern oder Leistungserbringern angebotene Informationsplattform besitzt, durch die direkte Verbindung zur Fachmaterie, eine erhöhte Glaubwürdigkeit. Außerdem entsteht eine bessere Kundenbindung, da relevante Zielgruppen messbar öfter in Kontakt treten, als rein bei einer eigenen Krankheit. Wird einer Marke dabei ein Attribut zugesprochen, dass ein Gesundheitsunternehmen kostenfreie Angebote bietet, die über das Normalmaß hinausgehen, steigt zusätzlich der Markenwert.

Das Medium Internet bietet dem modernen Gesundheitsunternehmen also nachweisbar ähnlich weitreichende Möglichkeiten zur Kommunikation, wie Wirtschaftsunternehmen auch. Ein bisher eher schweres Thema ist hierbei die Nutzung des Web 2.0. Soziale Netzwerke, wie Facebook® oder Twitter®, bieten dem Marketing zur Zeit neue und ungenutzte Möglichkeiten der Kommunikation. Gesundheitsunternehmen dürfen diese Dienste zwar zur Darstellung des eigenen Unternehmens und der eigenen Praxis oder Klinik verwenden, müssen aber sicherstellen, dass keine Patientendaten oder

---

Informationen über deren Person und Gesundheitszustand dort veröffentlicht werden.  
All diese Daten fallen unter die strengen Datenschutzrichtlinien für Patienten.

## **4 Das Change-Management in Gesundheitsunternehmen**

Der erste Teil der Arbeit hat sich bisher damit beschäftigt, welche Grundsätze und Entwicklungen den heutigen Stand eines Gesundheitsunternehmens auszeichnen. Der dabei nachgewiesene externe Wandel wird durch das Marktumfeld, die Politik, sowie durch andere Institutionen verursacht. Zusätzlich können Unternehmensentwicklungen einen internen Wandel herbeiführen. Hier kommen Schlagwörter wie Wachstum, Krise und höhere Reife hinzu.

Gesundheitsunternehmen stehen damit einer zunehmend dynamischen Umwelt gegenüber, die eine ständige Anpassung der eigenen Strukturen erfordert, um auf dem Absatzmarkt (gegenüber Patienten) aber auch den vorausgehenden Beschaffungsmärkten (gegenüber Leistungsträgern und Leistungserbringern die zuvor oder im Anschluss mit dem Patienten arbeiten) erfolgreich zu sein [vgl. Lauer, 2010, 21 f.].

Der nun folgende zweite Teil der Arbeit stellt gleichzeitig den Kern dar. Durch das Verständnis der vorangegangenen Seiten kann daraus ein Umriss des Zielzustandes gezeichnet werden. Die Herausforderung für Unternehmen liegt jedoch nicht darin ein Ziel festzusetzen, sondern den Weg dorthin professionell und erfolgreich zu gestalten. In den vergangenen Jahren hat sich aus diesem Grund der Begriff des Change-Managements herausgebildet. Die Aufgabe dieses Fachzweigs der Managementlehre ist die Analyse von Veränderungsprozessen und die Erarbeitung von Management-Werkzeugen, die die Erfolgswahrscheinlichkeiten eines unternehmerischen Wandels erhöhen. Die Erarbeitung von Erfolgsfaktoren in Bezug auf die Gestaltung dieser Veränderungsprozesse in einem Gesundheitsunternehmen ist die Kernaufgabe des folgenden Hauptteils.

Die vorangehende Festsetzung der Ziele ist somit kein Teil des Change-Managements, dient allerdings als Verständnisgrundlage der nachfolgenden Arbeitsschritte. Die Vorgehensweise orientiert sich dabei an dem Modell der „7 Phasen der Veränderung“ nach Lewis. Eine vollständige Erläuterung dieses Modells wird im Anschluss an die Zielsetzung aufgezeigt.



## 4.1 Die Ziele des Gesundheitsunternehmens

Wie aus Kapitel 3.2 hervorgeht, erstreckt sich der Handlungsbedarf der meisten Akteure im Gesundheitswesen aktuell auf die Ansprache des Patienten und die Sicherstellung einer festen Kundenbindung. Damit verbunden ist der Aufbau einer Marke und die Mobilisierung von Patienten gerichteten Kommunikationskanälen. In Bezug auf das verwendete Forschungsobjekt des Reha-Klinikums stellt sich diese Entwicklung wie folgt dar:

### Aktuelle Situation des beispielhaften Reha-Klinikums:

Das Rehazentrum Oberrhein befindet sich Stadt nah in direkter Lage zum Rhein. Mit der Zulassung von 50 Rehabilitanden mit orthopädischen Indikationen therapiert das ambulante Klinikum Patienten aller Leistungsträger in 3-wöchigen Rehabilitationsmaßnahmen und behandelt zusätzlich physio- und ergotherapeutische Rezepte durch Heilmittelverordnungen. Als eingetragenes Mitglied des Zentralverbandes ambulanter Rehazentren und festen Bestandteil der Gesundheitsversorgung im Großraum südlicher Oberrhein bekam das Zentrum bisher dauerhaft ausreichend Zuweisungen der umliegenden Sozialdienste und Fachärzte. Der Patientenkontakt beschränkte sich dabei auf eine kurze Begrüßung und Einweisung in die Abläufe des kommenden Aufenthalts. Ein zusätzlicher Kontakt zu Patienten war nicht als notwendig erachtet worden. Die bisherigen Kommunikationsmaßnahmen beschränken sich auf das Drucken von Faltflyern mit Aufführung der angebotenen Leistungen. Die Auslastung der orthopädischen Abteilung sank in den letzten sechs Monaten von 98% auf durchschnittlich 76%. Zusätzlich wird zu Beginn des neuen Kalenderjahres eine onkologische Abteilung mit der Rehabilitation von urologischen und gynäkologischen Tumorpatienten eröffnet, deren Belegungszahl auf 20 festgesetzt wurde. Das Management setzt das zu erreichende Ziel auf eine Auslastung von mindestens 90 % in beiden Abteilungen fest. Als Maßnahmen ist der Aufbau einer Marketing- und Kommunikationsabteilung, sowie eine Neustrukturierung der internen Abläufe geplant. Da in diesem Zusammenhang wenige Stellen gestrichen werden um Kontingent für neue zu erhalten und die Aufgaben und Zusammensetzungen der Verwaltungsmitarbeiter neu verteilt werden, droht eine Unmut-Situation und eine damit verbundener Abfall der Leistungskurve der Verwaltungsmitarbeiter.

Einem Mitglied des Managements wird die vollständige Projektleitung übertragen, da dieser bereits Erfahrungen und Ausbildungen im Change-Management erhalten hat. Von der erfolgreichen Durchführung des Projektes hängt die aktuelle und zukünftige wirtschaftliche Situation des Unternehmens und dessen Erfolgchancen in den nächsten Jahren ab.

## 4.2 Die Gründe des häufigen Scheiterns von Veränderungsprozessen

Ein häufiger Grund von Misserfolgen bei Veränderungsprozessen liegt bereits einige Schritte zuvor. Oft kann ein Wandel nicht durchgeführt werden, weil seine Notwendigkeit nicht gesehen wird. Unerwartet ist dabei, dass es sich oft um Entwicklungen handelt, die für die meisten Laien bereits erkennbar ist. Veränderungen in der gesellschaftlichen Meinung, politische Entscheidungen und globale Geschehnisse lassen dabei in den meisten Fällen ein klares Bild der nächsten Jahre zeichnen. Nachgewiesen wurde dies durch Kraus und Haghani, die einer Studie zufolge davon ausgehen, dass zwei Drittel der Unternehmen erst dann Reaktionen auf einen Umfeldwandel zeigen, wenn bereits Einbrüche bei Gewinn und Umsatz erfolgen [Kraus & Haghani, 2004, S. 16]. Die Gründe für dieses Verhalten sind vielseitiger Natur. Der Effekt hingegen häufig derselbe:

Eingeschränkte Handlungsspielräume kommen zu der bereits angespannten finanziellen Lage hinzu. Die Durchsetzung neuer Technologien oder das Etablieren neuer Geschäftsmodelle wird zunehmend schwerer. Selbst wenn in dieser Situation noch finanzielle Ressourcen vorhanden sind, ist der Wettbewerb dem Unternehmen oft einen Schritt voraus. Ab diesem Zeitpunkt sprechen Fachleute davon, dass ein Unternehmen dem Markt hinterherrennt. Die Krise kann sich nun auf andere Bereiche, wie den Markenwert, zusätzlich negativ auswirken.

Die nachfolgenden Seiten gehen davon aus, dass anbahnende Veränderungen vom Management eines Gesundheitsunternehmens erkannt werden und ein darauf ausgerichteter Wandel initiiert worden ist. Doch auch nach dem ersten Schritt ist der Erfolg der Veränderungen nicht zwangsläufig gegeben. Eine Umfrage des Hernstein-Instituts, bei der 1000 deutschsprachige Unternehmen befragt wurden, kommt zu dem Ergebnis, dass 38% der Change-Management-Projekte als gescheitert eingestuft werden [vgl. Schott & Wick, 2005]. An oberster Stelle der Ursachen steht dabei der Widerstand der Mitarbeiter. Hinzu kommen eine mangelnde Prozesssteuerung, zu schnelles Veränderungstempo und eine unklare Zielsetzung. Damit ist zunächst zu klären, woher die oftmals grundlegende Ablehnung von Mitarbeitern gegenüber Veränderungen rührt. Der Mensch besitzt psychologische Forschung zufolge Grundmechanismen, die eine Klassifizierung in Unterschiede begünstigt. Damit bewertet er seine Umwelt, selbst bei 90 % Übereinstimmung, durch den Anteil der Abweichungen. Ein Resultat dessen ist die Reflexreaktion, das zunächst Fremde immer abzulehnen [Wagner & van Dick, 2001]. In Zusammenhang mit diesen Erklärungen stößt man häufig auf die von Brehm formulierte Gesetzmäßigkeit der Reaktanz. Dieser Begriff beschreibt das Zusammenwirken von Freiheitseinschränkung und Widerstand. Das Modell geht dabei davon aus, dass Menschen, die sich in ihrer Freiheit eingeschränkt fühlen, darauf mit

Widerstand reagieren. Ziel ist dabei entweder die Wiederherstellung der Freiheit oder das Finden eines Ersatzes.

Ein weiterer gleichwohl simpler, wie auch folgenreichtiger Grund ist eine missverständliche Kommunikation. Das, in der Forschung und Praxis anerkannte, Modell der Vier-Seiten bildet den Herd der Missverständnisse einfach und gleichsam deutlich ab.

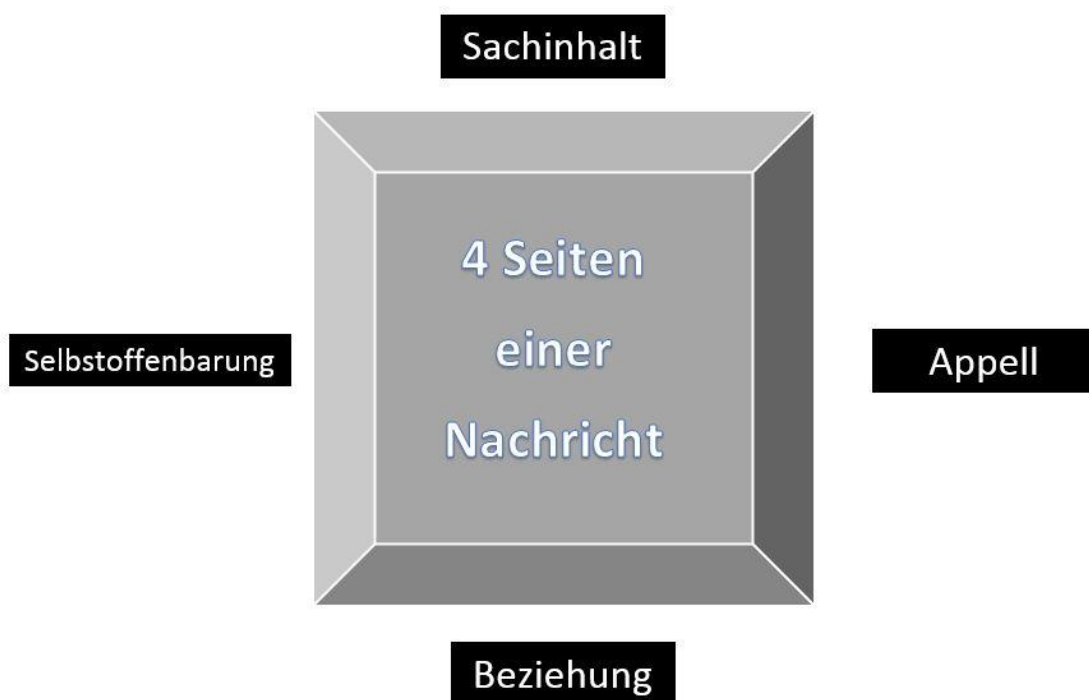


Abbildung 6: Das Vier-Seiten-Modell nach Schulz von Thun, 2008

Das Vier-Seiten Modell teilt eine Nachricht, häufig verbal übermittelt, in vier Ebenen auf, die Einfluss darauf haben, ob und in welcher Form das Gesagte von seinem Empfänger aufgenommen wird. Zum einen der Sachinhalt, der rein objektiv das zeichnet, was wahrnehmbar bzw. hörbar ist. Die Selbstoffenbarung ergänzt die objektive Nachricht um die subjektive Einstellung des Senders zum besprochenen Aspekt. Zusätzlich wird ein Appell transportiert, der die gewünschte Reaktion mitteilt. Abschließend ist die Beziehung der sprechenden Personen von entscheidender Bedeutung. Das bereits bestehende Bild, das der Eine von dem Anderen hat, verändert die Wahrnehmung im Gespräch.

Unterscheiden sich nun die drei variablen Seiten Selbstoffenbarung, Appell und Beziehung bei Sender und Empfänger, lassen sich Missverständnisse oft erklären.

Entschieden wird hierbei, wie der Sachinhalt vom Sender gemeint und vom Empfänger gedeutet wird.

Kommen nun einer oder mehrere dieser Auslöser des Scheiterns zu Beginn oder im Verlauf des Change-Management-Projekts auf, äußert sich der Widerstand in einer oder mehreren folgender Weisen:

	Verbal (Reden)	Nonverbal (Verhalten)
Aktiv (Angriff)	<u><b>Widerspruch</b></u> Gegenargumentation Vorwürfe Drohungen Polemik Sturer Formalismus	<u><b>Aufregung</b></u> Unruhe Streit Intrigen Gerücht Cliquenbildung
Passiv (Flucht)	<u><b>Ausweichen</b></u> Schweigen Bagatellisieren Blödeln Ins Lächerliche ziehen Unwichtiges debattieren	<u><b>Lustlosigkeit</b></u> Unaufmerksamkeit Müdigkeit Fernbleiben Innere Emigration Krankheit

Abbildung 7: Erscheinungsformen von Widerständen [Doppler & Lauterburg, 2002, S. 339]

Unabhängig von diesen rein menschlichen Faktoren des Scheiterns können auch auf Unternehmensebene Einflüsse den Erfolg eines Wandels verlangsamen oder verhindern. Hierbei ist vorrangig eine starke Unternehmenskultur zu nennen. Dieser, generell als ausgesprochen positiv angesehene Umstand der freiwilligen Verhaltensregeln, an die sich alle Mitarbeiter halten, sorgt für ein einfaches Zusammenarbeiten und eine niedrige Konfliktquote. Die meisten Unternehmen wünschen sich einen solchen Zustand im eigenen Unternehmen. Dies ist jedoch nur mit einem tief verankerten System und den dazugehörigen Strukturen zu erreichen. Ein solches System im Sinne des Wandels aufzubrechen, ist zum einen bedeutend schwerer, als auch dementsprechend gefährlicher.

Zusätzlich hat eine derartige Unternehmenskultur Einfluss auf die Fremdwahrnehmung. Sowohl Kunden bzw. Patienten, als auch Leistungsträger und Kooperationspartner kennen ein Gesundheitsunternehmen in diesem Fall unter einem bisher vermittelten Bild. Mit diesem Image werden auf natürliche Weise auch bestimmte Werte und Erwartungen verknüpft. Wandelt sich das Bild des Unternehmens nun durch einen vom

Unternehmen selbst initiierten Change-Prozess, kann dies zu Unsicherheiten und Ängsten führen.

Festzuhalten ist damit, dass Widerstände, ganz gleich ob von außen oder innen, keine Seltenheit sind. Für das Management und die Verantwortlichen des Change-Prozesses ist es daher besonders wichtig, aufkeimende Widerstände zu erkennen und ernst zu nehmen. Wenn gravierende Auswirkungen vermieden werden sollen ist zusätzlich ratsam, nicht mit starken disziplinarischen Maßnahmen zu reagieren, da diese den Widerstand unterstützen. Das Unterdrücken der Widerstände ändert, nach Abb. 7, nur die Form, in der sich der Widerstand äußert, nicht jedoch den Grund für den selbigen.

## 4.3 Das erfolgreiche Change-Management

Durch das folgende Kapitel werden, auf Basis eines fundierten Modells, die Faktoren abgeleitet, die für ein erfolgreiches Change-Management in Gesundheitsunternehmen entscheidend sind. Dabei werden die zu Beginn dargestellten Entwicklungen, sowie die im Vorkapitel aufgeführten Probleme, aufgegriffen und aufgezeigt, welche Stellen relevant für den Erfolg sind. Diese Faktoren bilden gleichzeitig den Rahmen für den Fortgang der Arbeit. An erster Stelle sollen dabei die Wege gezeichnet werden, die den positiven Verlauf des Change-Managements in der Praxis begünstigen. Als Grundlage soll hierbei zunächst das „Urmodell“ aller Change-Management-Konzepte, die Feldtheorie von Lewin, dargestellt werden.

### 4.3.1 Die Feldtheorie von Kurt Lewin

Kurt Lewin gilt als einer der Urväter der Sozialpsychologie. Die 1963 entwickelte Feldtheorie bildet bis heute das Fundament der meisten sozialen Veränderungsmodellen. Lewin unterscheidet bei dieser Theorie zwei aus der Physik abgeleitete Kräfte, die sich gegenüber stehen:

- „Akzelerierende Kräfte“ – Kräfte die auf den Wandel drängen.
- Retardierende Kräfte – Kräfte die dem Wandel entgegenstehen.

Die dem Wandel entgegenstehenden Kräfte gleichen dabei häufig den Widerständen aus dem Vorkapitel. Bei der Planung einer Veränderung ist dabei keine der beiden Arten von höherer oder geringerer Wichtigkeit. Ein Unternehmen, das einen erfolgreichen Change-Prozess durchlaufen möchte, benötigt beide Kräfte und steht vor der Herausforderung, diese in Balance zu halten. Kippt diese Balance in Richtung Widerstände, stagniert das Unternehmen und verfällt den Ausführungen des Kapitels 4.2. Dauerhaft erhöhte Kräfte des Wandels, nehmen dem Unternehmen die Zeit des

Etablierens und des zur Ruhe kommen. Diese Stresssituation hat häufig die Überforderung und einen langfristigen Leistungsabfall zur Folge.

Räumt das Management dem Unternehmen diese Erfahrungsphase ein, können, wie in empirischen Studien nachgewiesen, die Stückkosten um 20 bis 30 % gesenkt werden. Dieser dann erreichte Umstand des individuellen Lernens und der besseren Organisation gründet auf der Erfahrungskurventheorie [Bea & Haas, 2001, S. 127ff.] Der Verlauf ist dabei weder von den Branchen, noch den Gegenständen des Wandels abhängig.

Im Verlauf eines Wandels ist jedoch notwendig das Kräfteverhältnis kurzfristig zu verschieben. Lewin hat, um diesem Prozess Rechnung zu tragen, ein drei-Phasen-Modell entwickelt, ähnlich dem in Abb. 8.

Um den Wandel in Gang zu bringen sind stärkere Triebkräfte notwendig. Konnten diese aktiviert werden, ist ein Abfall der Leistungskurve ein häufig zu beobachtendes Phänomen. Dieser kurzfristige Leistungsabfall während des Wandels ist jedoch kein negativer Anhaltspunkt. Zum einen werden zur Durchführung der Veränderung innerbetriebliche Ressourcen benötigt, die ohne den Wandel ihrer produktiven Alltagstätigkeit nachgehen würden. Zusätzlich ist die neue Arbeitssituation dafür verantwortlich, dass alle Beteiligten eine Eingewöhnungsphase benötigen.

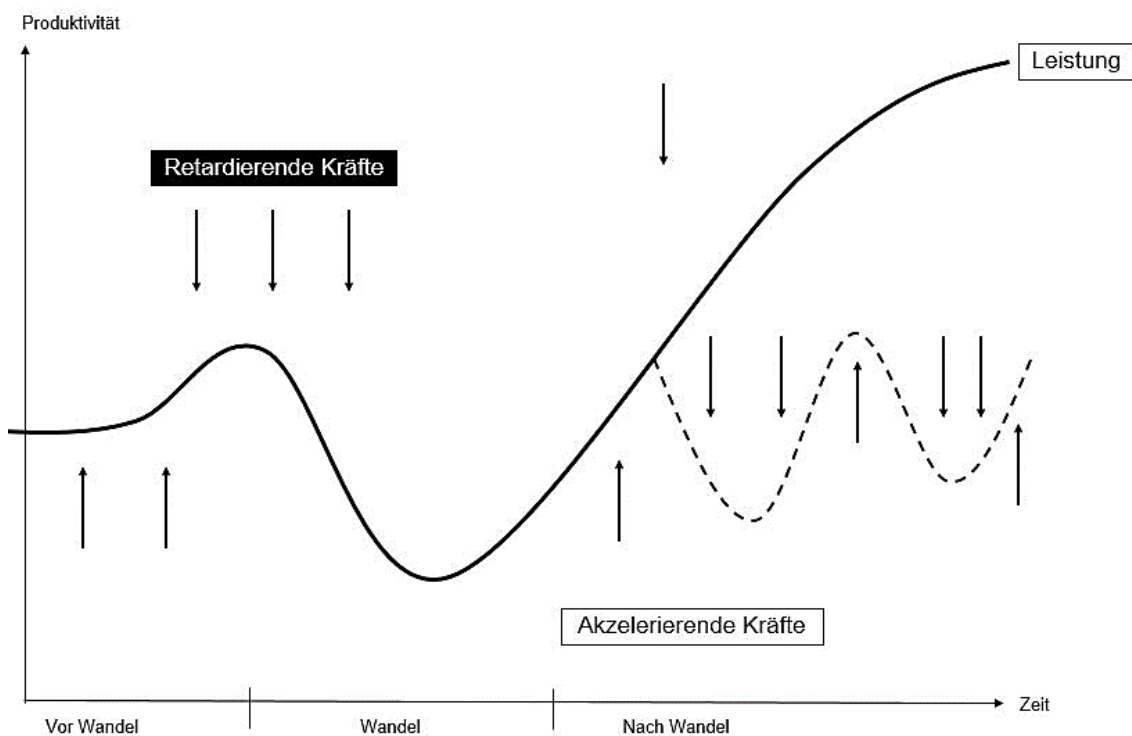


Abbildung 8: Leistungskurve des Wandels in Anlehnung an das Drei-Phasen-Modell von Lewin [nach Lauer, 2010, S. 57]

In diesem Abschnitt können nur vereinzelt Mitarbeiter ihr volles Leistungspotential abrufen. Ist der Wandel durchgeführt und alle Neuerungen umgesetzt, ist das Kräfteverhältnis zur Seite der retardierenden Kräfte zu verschieben. Dieser Schritt ist notwendig, um die bereits erwähnte Erfahrungskurve nutzen zu können. Wie aus der Abbildung hervorgeht, kann nun ein gleichbleibender Anstieg der Leistungskurve beobachtet werden. Bleiben die Triebkräfte des Wandels zu stark, fehlt dem Unternehmen Stabilität. Weder alte noch neue Strukturen werden von allen Mitgliedern des Wandels getragen. Die Gefahr eines pausenlosen Kräftemessens zwischen Befürwortern und Gegnern des Wandels ist besonders hoch.

## 4.4 Die Vorbereitung auf den Wandel

Um nach erfolgreichem Erkennen der Notwendigkeit zum Wandel einen Veränderungsprozess zu initiieren, spielt die zuvor angesprochene Kommunikation eine entscheidende Rolle. Dabei kommt es im Wesentlichen darauf an, drei essenzielle Fragen schlüssig zu klären:

- Warum verlassen wir das Bisherige? (Ausgangssituation)
- Wo wollen wir hin? (Ziel)
- Welchen Weg zum Ziel nehmen wir? (Orientierung)

Je nach Projekt kann die Reihenfolge dieser Fragen variabel sein.

### 4.4.1 Die Ausgangssituation:

Nach den Überlegungen des anerkannten Psychologen Schulz von Thun benötigt erfolgreicher Wandel zwei Teile: „Akzeptanz“ und „Konflikt“. Die Addition dieser beiden Bestandteile führt zu einer Entwicklung. Im Einzelnen ist damit gemeint, dass ein zwangsläufig aufkommender Konflikt, sei es in der Grundidee oder dem Verlauf des Wandels, nicht gescheut werden darf. Häufig wird hierbei der Sinn in Frage gestellt. Das Management hat dabei die Aufgabe, diese Ängste auszuräumen. Eine schlüssig formulierte Erklärung auf Mitarbeiterversammlungen oder in Teammeeting muss die negativen Aspekte eines Verbleibs bei dem bisherigen Status herausarbeiten. Allen Beteiligten sollte die Notwendigkeit des Wandels vor Augen geführt werden. Nun entstehen im Regelfall zwei unterschiedlich große Gruppen. Bei guter Kommunikation akzeptiert ein Großteil der Mitarbeiter den Wandel und unterstützt diesen. Ein kleinerer Anteil der Belegschaft bleibt zwar skeptisch, folgt im Interesse des anderen Mitarbeiter und des Unternehmens allerdings dem Wandel. In allen Projekten können dabei Einzelfälle auftreten, die sich dem Wandel selbst bei schlüssiger und guter Kommunikation in den Weg stellen. Die Gründe dafür können vielseitig sein, stellen oft jedoch kein

unternehmerisches Interesse dar. In diesen Fällen kann es notwendig sein, dass sich ein Unternehmen von besagtem Mitarbeiter trennen muss.

#### 4.4.2 Das Ziel:

Auch wenn die sogenannte Startmotivation erreicht ist, ist diese nicht ausreichend, um den gesamten Prozess erfolgreich zu beenden. Die Frage nach dem zu erreichenden Ziel verlangt eine ebenso intensive Kommunikation wie die Ausgangslage. Die Betroffenen des Wandels stellen sich zwangsläufig die Frage, warum das gewählte Ziel erreicht werden soll und warum es besser ist als die Ausgangssituation. Diese beiden Punkte müssen ebenfalls durch das Management verständlich gemacht werden. Das Gegenüberstellen der Start- und Endsituation muss von der Endlage gewonnen werden. Dies führt wiederum zu Verständnis und einer individuellen Überzeugung von dem gewählten Ziel durch die Mitarbeiter.

#### 4.4.3 Die Orientierung:

Durch eine erfolgreiche Kommunikation sind Start und Ziel des Change-Prozesses nun bekannt. Anschließend ist eine beständige Prozessmotivation und Prozessorientierung aufrecht zu erhalten. Die Mitarbeiter müssen wissen, auf welchem Weg sie zu dem festgelegten Ziel gelangen. In diesem Punkt ist darauf zu achten, dass der Weg und das Ziel in einem akzeptablen Verhältnis stehen. Zwei Bereiche kommen hierbei zum Tragen. Nach Beck sind die negativen Folgen auf Lern- und Veränderungsprozesse besonders hoch wenn eine sichtbare Struktur fehlt. Die Arbeitsumgebung verändert sich und die Beteiligten müssen neue Ordnungen und Abläufe lernen. Fehlt dabei die Struktur, ist Desorientierung und Unsicherheit eine schnelle Konsequenz. Außerdem sollten alle Mitglieder des Wandels einen dauerhaften Zugang zu dem Stand der Veränderung haben. Um den Sinn des eigenen Handels nicht zu verlieren, will der Mitarbeiter wissen, welche Ergebnisse erzielt wurden und wie sich der Fortgang des Projekts darstellt. Diesem Drang nach Information ist in dem möglichen Rahmen nachzugehen.

Da sich Change-Prozesse über Monate oder sogar Jahre hinziehen können, ist eine Prozessmotivation während des Wandels von besonderem Wert. Um diese dauerhafte Motivation zu erhalten, dürfen die Mitarbeiter von den neuen Aufgaben nicht überfordert werden. Erfolge steigern das Gefühl der eigenen Kompetenz. Zusätzlich sollte jeder Betroffene die Möglichkeit erhalten, einen gewissen Gestaltungsspielraum für seine neue Arbeit zu bekommen. Neue Aufgaben nicht nach einem bis ins Detail geplanten Drehbuches zu meistern, sondern einen eigenen Weg zur Aufgabenerfüllung zu finden steigert ebenfalls die persönliche Motivation. Wenn auch im Verlauf des Wandels eine kooperative Kommunikation in dem Team der Veränderung stattfindet, fühlt sich der



Mitarbeiter sozial eingebunden. Diese drei Bedingungen werden an eine intrinsische Motivation gestellt [Decy & Ryan, 1985].

## 4.5 Die Unternehmensstruktur im Gesundheitswesen

Bevor der Einstieg in den detaillierten Ablauf eines Change-Prozesses in einem Gesundheitsunternehmen stattfinden kann, muss die Führungsstruktur geklärt werden. Die bisher dargestellte Entwicklung des Gesundheitssektors hat zur Folge, dass die Institutionen und Unternehmen in diesem System sich in ihrer Führungsstruktur häufig von Wirtschaftsunternehmen unterscheiden. Die zweckmäßige Grundaufgabe von Gesundheitsunternehmen ist die Diagnose und Therapie von erkrankten Patienten. Ähnlich zweckmäßig und schlank gliedert ist die Führungsstruktur. Abb. 9 zeigt hierfür beispielhaft den Personalaufbau eines Krankenhauses und einer Reha-Klinik.

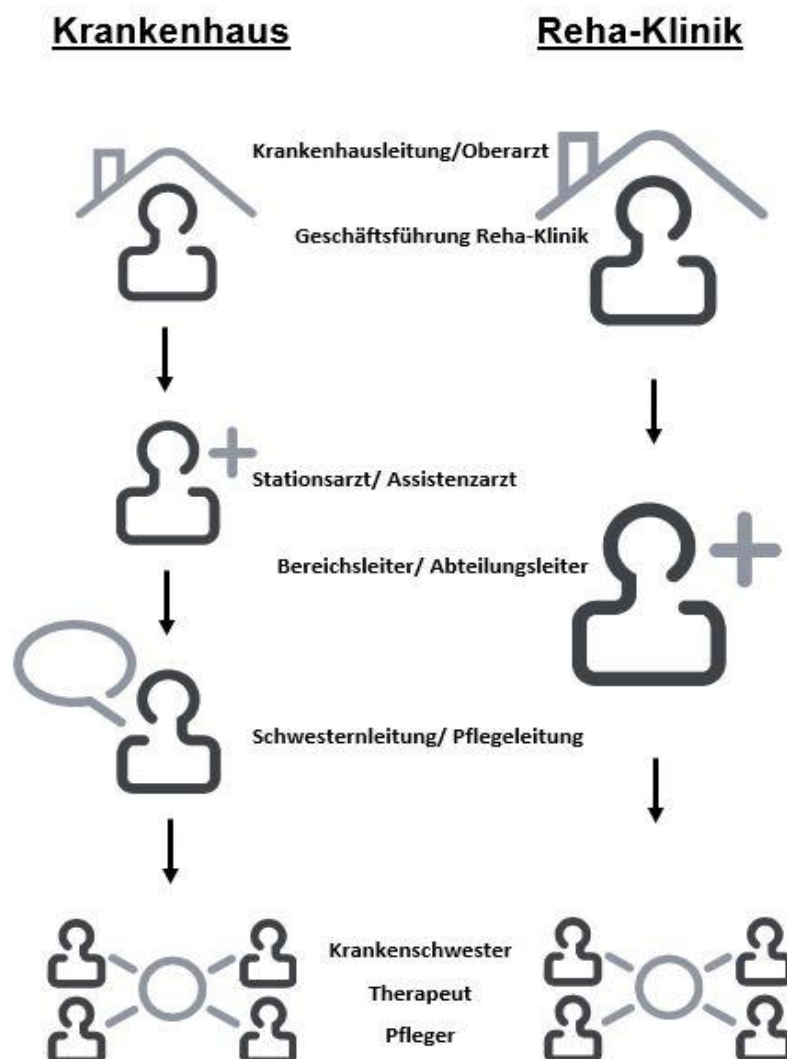


Abbildung 9: Weisungsbefugnisse in Gesundheitsunternehmen [S. Frey, 2013]

Deutlich erkennbar ist dabei, dass vereinfacht ein Leitungsorgan eine separate Belegschaft führt. Einzelne Abteilungen oder Stationen sind dabei häufig nicht auf unternehmerischer Ebene zusammen tätig, weil die Abteilungen durch die Fachrichtungen unterteilt werden. Der Fokus bei der Gestaltung des Change-Prozesses liegt also auf der Führung bzw. dem Management.

## 4.6 Der Führungsstil im Wandel

Ein Erfolgsfaktor für Veränderungen ist die Art und Weise, mit der die zuständige Führungsperson die Leistung übernimmt. Wie zuvor beschrieben, stellt in den meisten Gesundheitsunternehmen bis heute der Chefarzt diese Führungspersönlichkeit dar. Relevant sind für diese Überlegung also Persönlichkeitsmerkmale, die erfolgreiches Change-Management initiieren und begleiten. In der Managementforschung hat sich für diesen Umstand der Begriff *Leadership* etabliert. Dieser Sammelbegriff bezeichnet die möglichen Führungsstile von Vorgesetzten.

Sieht man den Chefarzt in seiner Rolle als Vorgesetzten als gesetzt an, hat dieser im Wesentlichen vier große Aufgaben während eines Veränderungsprozesses:

- Startmotivation erzeugen: Zunächst steuert der Vorgesetzte die Idee des bevorstehenden Wandels. Konkret muss der Chefarzt dabei die Herausforderungen aus 4.4 erfüllen. Diese grundlegenden Initiatoren braucht er dabei auch, um seine Rolle als Führungsperson im Wandel zu stärken. Sein eigenes Team muss über den gesamten Change-Prozess hinweg hinter seiner Person und seinem Streben stehen.
- Orientierung geben: Der Vorgesetzte übernimmt im Laufe des Wandels immer wieder die Rolle des Lotsen ein. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die Führungsperson deswegen zu keinem Zeitpunkt das Ziel aus den Augen verliert. Eine solche Desorientierung dehnt sich, wegen den zuvor genannten Gründen, schnell auf das gesamte Team aus.
- Motivation aufrecht halten: Um die beiden ersten Faktoren dauerhaft auch im Verlauf des Prozesses zu erhalten, muss die Prozessmotivation durch den Vorgesetzten kontinuierlich geprüft und erhalten werden.
- Effizienz generieren: Da der Vorgesetzte nicht nur seinem eigenen Team zugewendet ist, sondern auch dem Unternehmen Rechenschaft ablegen muss, ist die Effizienz ein ständiger Begleiter. Alle Maßnahmen, die von dem Vorgesetzten selbst oder seinem Team durchgeführt werden, müssen dem Projekt in bestmöglicher Form dienlich sein. Auch der Ablauf des

Gesamtprojektes wird dabei betrachtet. Ein durchgeführter Wandel stellt für das Management dauerhaft eine Investition dar. Diese muss von anschließendem Mehrwert ergänzt werden, um einen Change-Prozess als erfolgreich anzusehen.

Während des Ablaufs eines Change-Projektes bildet sich bei Vorgesetzten dauerhaft einer von zwei unterschiedlichen Stilen aus, der entscheidet auf welchen Bereich der Fokus gesetzt wird [vgl. Burns, 1978].

Der eine Teil wird dabei als transaktionale Führung bezeichnet und rückt die genannte Effizienz in den Mittelpunkt. Die zweite Ausprägung wird transformatorische Führung genannt und sieht die Effektivität als Handlungsfokus. Beide Arten der Führung haben im Wandel ihre Vorteile und Nachteile. Ein analytischer und sach-orientierter Führungsstil, der im Wesentlichen auf Planung und Kontrolle achtet, sichert präzise Abläufe und eine geringe Fehlerquote. Wird der gesamte Wandel auf diese Art und Weise gestaltet, fehlen jedoch häufig die Anpassungsfähigkeiten auf die Veränderungen während des Prozesses. Ein kommunikativer und inspirierender Führungsstil lässt dabei den notwendigen Spielraum variabel zu reagieren. Ein dauerhafter transformatorischer Führungsstil birgt allerdings das Risiko für Chaos. Permanente Anpassung raubt gleichzeitig die Sicherheit und Kontinuität in einem ohnehin neuen Umfeld.

Das Resultat dieses Umstandes ist damit eine Kombination der gezeigten Stile. Der wesentliche Erfolg wird durch transformatorische Führung erreicht, da eine motivierende und flexible Steuerung das Potential des Wandels nutzt. Während des Change-Prozesses kann damit auf Änderungen reagiert werden und die neuen Umstände schnell und angepasst in den Arbeitsalltag integriert werden. Zusätzlich benötigt der Vorgesetzte die Fähigkeit, in wichtigen und grundlegenden Belangen eine deutliche Vorgabe zu setzen. Diese essenziellen Veränderungen müssen im Anschluss geprüft und permanent optimiert werden. Besonders zum Tragen kommen diese traditionellen Management-Skills, wenn durch visionäres und motiviertes Arbeiten ein Fortschritt erzielt wurde. Transaktionales Denken verhilft dem Management dabei diesen Fortschritt zu sichern und dauerhaft zu halten. Ähnlich verhält sich das Arbeiten nach einer überwundenen Krise.

Praxisnah hilft dabei das Bild eines Schiffs, das nach heftigem Sturm in ruhiges Fahrwasser gelangt. Kein Kapitän würde in dieser Situation das Schiff ohne Reparaturen in volle Fahrt starten lassen. Seine Mannschaft erhält Zeit zum Regenerieren und beseitigt aufgetretene Schäden. Zusätzlich wird das Schiff auf die kommende Weiterfahrt vorbereitet. Erst wenn alle Arbeiten am Schiff ausgeführt und die Mannschaft vollkommen bei Kräften ist, wird der Befehl gegeben die Knoten zu erhöhen.

## 4.7 Die Vision des Wandels

Ist die passende Führungspersönlichkeit gefunden, oder im Fall des Chefarztes auf dem kommenden Wandel eingestimmt worden, benötigt der erfolgreiche Change-Prozess eine initiiierende Vision. Die Vision ähnelt in vielen Bereichen der Zielsetzung. Im Gegensatz zu einem nüchternen Ziel, das im Wesentlichen auf Kennzahlen und niedergeschriebenen Umständen beruht, stellt die Vision einen emotionalen Reiz für alle beteiligten dar. Eine dabei häufig verwendete Methode ist dabei die Visionsarbeit nach Schulze. Er empfiehlt einen eintägigen Workshop zur Visionsfindung. Dieser gliedert sich in fünf Phasen:

- Kreativphase: Die Teilnehmer sollen visuell ein Bild des Unternehmens oder der Abteilung erstellen, das den Zustand nach dem Wandel aufzeigt. Die Möglichkeiten und die Phantasie der Teilnehmer sind dabei unbeschränkt.
- Galeriephase: In einer Ausstellung erhalten die Teilnehmer nun die Möglichkeit alle gemalten Bilder zu begutachten. Die Aufgabe besteht darin, das Favoritenbild zu ermitteln. Besonders wichtig ist, dass nur Bilder von Kollegen ausgesucht werden dürfen.
- Interpretationsphase: Das gewählte Bild versucht der Teilnehmer nun zu interpretieren. Mit dem persönlichen Favoriten sollen Werte und Gedanken in Verbindung gebracht werden, die auf Moderationskarten notiert werden.
- Auswertungsphase: Die Teilnehmer werden in Kleingruppen zusammengefasst, auf die im Zufallsverfahren die eingesammelten Moderationskarten verteilt werden. Die Gruppen versuchen den gesamten Inhalt ihrer Karten auf drei Karten zusammenzufassen.
- Konklusionsphase: Ein Moderator pinnt die Zusammenfassung aus Phase vier an eine Wand. In Zusammenarbeit mit den Teilnehmern werden diese dabei in Kategorien eingeteilt. Aus dem fertig entstandenen Cluster wird nun gemeinsam die Vision entwickelt. Jetzt sollen ganze Sätze verwendet werden.

[Schulz, 2006, S. 207ff.]

Diese Methode führt zu einer gemeinsam getragenen Vision, mit der alle Teilnehmer Bilder, Werte und Gedanken verbinden können. Ein solches Bild gibt dem Team Sicherheit und Orientierung während des ganzen Change-Prozesses. Schulz spricht von Erfahrungen, die zeigen, dass Mitarbeiter sich die gemalten Bilder häufig rahmen und aufhängen lassen. Ein Nachweis für die starke emotionale Verbindung zur Vision.

In einem stark geregelten System, wie dem des Gesundheitsunternehmens, bringt diese Arbeitsweise einen weiteren Vorteil mit sich. Der Alltag von Mitarbeitern in Gesundheitsbetrieben ist häufig als stressig und stark durchgeplant zu betrachten. Dies ist dem Umstand zu schulden, dass Operationen und Behandlungen dauerhaft parallel ablaufen müssen, und der Kunde bzw. Patient einer ununterbrochenen Betreuung bedarf. In einem solchen Alltag ist die Abgabe von Feedback oder Verbesserungsvorschlägen zumeist schwierig. Gesetzte Termine, die alle Teilnehmer in die Lage versetzen, sich auf eine Veränderung einzustimmen, helfen, diese Blockade zu lösen.

Visionen stellen damit ein wichtiges Werkzeug für nahenden Wandel dar. Sie sollten herausfordernd aber nicht unrealistisch sein. Außerdem ist darauf zu achten, dass sie unternehmensspezifisch entwickelt werden und zu den Zielen des Managements passen.

## 4.8 Die Kommunikation im Wandel

Die Kommunikation kann als einer der wesentlichen Erfolgsfaktoren in einem Change-Prozess bezeichnet werden. Bereits in Kapitel 4.2 zeigte die Kommunikation ihre Gefahren auf. Damit ist vernachlässigte Kommunikation bereits als mögliches Hindernis eines Wandels dargestellt worden. Im Gegensatz zu dieser negativen Betrachtung, kann Kommunikation ebenfalls einen besonderen Vorteil in der Veränderung bieten. Sie dient häufig als Katalysator des Change-Prozesses. Einzig einen gewünschten Wandel zu kommunizieren reicht nicht aus. Sie wird jedoch benötigt, um den Prozess in Gang zu bringen und aufrecht zu halten. Dabei können vier klare Kernaufgaben der Kommunikation im Wandel festgehalten werden.

- Schaffung von informatorischer Transparenz: Für einen sowohl möglichst reibungslosen als auch zieleffizienten Wandel ist es notwendig, dass die Beteiligten und Betroffenen ausreichend informiert sind. Dazu gehören in erster Linie zwei Dinge:
  - Die Übermittlung der Gründe für den Wandel, um dessen Notwendigkeit allen aufzuzeigen.
  - Die Nennung der Visionen und Ziele, damit jeder einzelne in der Organisation weiß, was es anzustreben gilt.
- Erkennen und Abschwächen von Widerständen: Widerstände, vor allem erklärungsbedürftige Widerstände, entstehen letztlich aus fehlgeschlagenen Kommunikationsprozessen. Insofern ist Kommunikation auch der Weg, diese Widerstände erfolgreich zu überwinden.

- Verstärkung des Prozesses im Sinne positiver Rückkopplung: Change-Management bedarf nicht nur des Katalysators Kommunikation, um Prozesse des Wandels auszulösen, auch für das Anfachen der laufenden Prozesse ist Kommunikation von erheblicher Bedeutung. Oftmals wird übersehen, dass gerade zu Beginn der Wandelprozesse noch Skepsis herrscht. Diese wird in Widerständen aufgehen, wenn nicht schnell auch Erfolge der eingeleiteten Maßnahmen sichtbar werden. Insofern ist hier ein Feedback an alle erforderlich, dass die eingeleiteten Mühen schon erste Erfolge zeitigen. Dies erhält die Motivation und vergrößert sie sogar.
- Förderung der sozialen Integration: Wandel bedeutet häufig das Zusammentreffen und Zusammenarbeiten von bislang wechselseitig fremden Menschen. Kommunikation ist auch hier die Basis für das Gelingen. Ablehnung wird dabei häufig durch die analoge Kommunikation (Mimik, Gestik, Tonfall, Proxemik) deutlich gemacht. Digitale, also sprachliche Kommunikation muss helfen, diese sozialen Abneigungen zu überwinden und zu einem Miteinander zu finden, und sei es durch offene rationale Kommunikation über eben dieses Problem.

[vgl. Lauer, 2010, S. 108]

Welche Schlüsse können im Anschluss an diese Interpretation gezogen werden? Um die geforderte Form und Wirksamkeit der Kommunikation zu erreichen sind einige Punkte von großer Bedeutung. Bezogen auf ein Gesundheitsunternehmen steht dabei zunächst eine zielgruppenspezifische Kommunikation. Da in vielen Einrichtungen unterschiedlichste Mitarbeiter in Punkto Ausbildungs- und Qualifikationsstatus arbeiten, reicht eine Art der Kommunikation nicht aus. Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger, Therapeuten, Verwaltungsangestellte, Reinigungskräfte und Servicepersonal haben dauerhaft verschiedene Interessen und Ziele im Unternehmen selbst. Hinzu kommt die persönliche Einschätzung des Respektniveaus eines Mitarbeiters. Um diesen unterschiedlichen Zielgruppen in Umfang und Art der Kommunikation gerecht zu werden, ist ein weiterer Aspekt ein wichtiges Werkzeug: Das persönliche Gespräch. Der Dialog bringt dabei Vorteile mit sich. Zum Einen wird eine direkte Ansprache ermöglicht, die dem Gegenüber Interesse signalisiert. Zum Anderen ist das Risiko von Missverständnissen merklich kleiner als bei anderen Kommunikationsformen. Der Ablauf eines Gesprächs gibt Ansatzpunkte für Rückfragen und genaue Erläuterungen. Zurückgebliebene Ungereimtheiten können direkt aus der Welt geschaffen werden und der Change-Manager sieht die Reaktion des Gesprächspartners. Um sich diesen Vorteil dauerhaft zu sichern, ist es zusätzlich notwendig, alle Beteiligten zeitnah und zeitgleich zu informieren. In einem Team aus unterschiedlichen Charakteren ist die Interpretation

des Gesagten schwer vorauszusagen. Erhält ein einzelner oder eine kleine Gruppe bestimmte Informationen vor dem Rest des Teams, sind die Beweggründe für die Betroffenen häufig irrelevant. Ein Signal der Bevorzugung oder Abstufung bestimmter Prozessbeteiligter ist eine schnelle, oberflächliche aber mit Konsequenzen verbundene Reaktion. Neben im Team entstehenden Unruhen ist eine unregelmäßige und zeitversetzte Kommunikation auch nicht im Sinne des Managers. Die Produktivität sinkt, weil nicht alle Mitarbeiter an der Veränderungen mitarbeiten können und die eigene Reaktionsgeschwindigkeit verringert sich ebenfalls, da man dem aktuellen Stand des Projektes dauerhaft hinter her rennt. Idealerweise wird die Kommunikation dabei von einem möglichst hochrangigen Prozessbeteiligten durchgeführt. Die birgt zwar bei Misslingen das Risiko einer weitreichenden Enttäuschung, kann jedoch auch zum Vorteil genutzt werden. Auch hier ist die Wertschätzung und Anerkennung von Mitarbeitern ein herausragendes Argument. Erhalten die Beteiligten ihre Informationen von hochrangigen Vorgesetzten steigen die Selbstwahrnehmung und das Gefühl gut und ausreichend informiert zu sein.

Betrachten man die Aufgaben der Kommunikation, ist eine Unterteilung in die drei Phasen des Wandels sinnvoll. In der Startphase sollte die Kommunikation die Informationen zu folgenden Punkten liefern:

- Hintergründe des bevorstehenden Wandels
- Gründe für den zeitlichen Ablauf
- Visionen, Ziele und Strategie
- Gewünschte Veränderungen und erwartete Schwierigkeiten
- Unterstützung des Managements

Diese Ausgangsinformationen dienen nicht rein einem reibungslosen Ablauf, sondern auch der Möglichkeit der Beteiligten, die individuelle Rolle zu verstehen und anzunehmen.

Der laufende Change-Prozess erfordert hierbei eine differenziertere Kommunikation. Da sich die Fragestellungen und Gedanken der Beteiligten im Verlauf ändern, sollten diese Informationen den Betroffenen zeitnah und ausreichend weitergegeben werden:

- Erreichte Projekterfolge gemäß der Planung
- Kurzfristige Zielerreichung
- Erkannte und Überwundene Widerstände

Zusätzlich spielt, wie zuvor angedeutet, die soziale Kommunikation eine entscheidende Rolle. Neue Ansätze der Unternehmenskultur müssen verankert werden. Den Betroffenen muss erklärt werden, warum welche Entscheidungen getroffen wurden und in wie weit dies Einfluss auf den Prozess hat. Hier ist es dauerhaft notwendig auf das Feedback des Teams zu hören, um auftauchende Fragen und Widerstände weiterhin schnell zu erkennen und abzuarbeiten. Um diese Kommunikation auch fachlich sicherstellen zu können, sind etablierte Kanäle in der Managementlehre beliebt. Dazu zählen zum einen Newsletter und andere dauerhafte Mitarbeiterinformationen, wie eine Unternehmenszeitung oder das Schwarze Brett. Durch soziale Gemeinschaftsräume wird der Austausch ebenfalls gefördert. Die muss nicht zwangsläufig eine Cafeteria oder die Küche sein. Auch speziell eingerichtete Besprechungsecken oder Kaffee-Ecken unterstützen den spontanen Austausch bei einer Begegnung auf dem Flur.

Ein weiterer Begriff der sich in diesem Zusammenhang etabliert hat, ist das *Kick-Off-Meeting*. Nach erfolgreicher Planung wird hierbei heute im Regelfall der Beginn des Projektes gefeiert. Viele Unternehmen vergessen dabei jedoch auch das erfolgreiche Beenden des Change-Prozesses zu feiern. Da in Gesundheitsunternehmen Schichtarbeit eine gängige Arbeitspraxis ist, stellt eine solche Feier eine Investition des Unternehmens dar, weil die Zeit ein geblockter arbeitsfreier Zeitraum sein sollte. Der Profit dieser Investition ist eine schwer messbare Größe: Die Anerkennung und Motivation der Mitarbeiter.

Um dieses fachliche Niveau auch in Widerstandssituationen aufrecht zu erhalten, sind zwei Methoden von grundlegender Wichtigkeit. Zum einen sollte auf einen aufkeimenden Widerstand eines einzelnen oder einer kleinen Gruppe mit einem Mitarbeitergespräch reagiert werden. Diese bewusste Setzung von Dialogen stellt eine Gegenkraft zu unterschwelligen Widerständen dar. Ganz gleich ob anlassbezogen oder durch generelle Dialoge im Projekt, sollten bestimmte Grundregeln während des Gesprächs beachtet werden:

- Um keine Ungewissheit oder Unsicherheit zu schüren, sind bereits zu Gesprächsbeginn der Anlass und das Ziel des Gesprächs klar zu kommunizieren.
- Ist es ein Einzelgespräch, um die Bedanken oder Gedanken eines Mitarbeiters zu verstehen und aufzugreifen, sollte dieses Gespräch auch tatsächlich unter vier Augen geführt werden. Ein neutraler Boden unterstützt dabei eine Vertrauensebene.



- Im Einzelgespräch ist ein anfänglicher Small-Talk ratsam, um einen offenen und unverkrampften Kontakt herzustellen. Dieser Einstieg sollte jedoch nicht künstlich wirken und deswegen das Normalmaß des bisherigen Kontakts nicht übersteigen.
- Der Mitarbeiter sollte in diesem Gespräch die Möglichkeit erhalten, seine eigenen Gedanken und Einwände offen auszusprechen. Aus diesem Grund wird angeraten, die eigene Meinung oder die des Unternehmens zunächst hinten anzustellen. Der Mitarbeiter soll verstanden werden und nicht von Beginn an von dem Gegenteil überzeugt werden.
- Eine abschließende Zusammenfassung der Gesprächsergebnisse ist Aufgabe des Vorgesetzten. Ein zweites Folgegespräch kann bereits hier verabredet werden.

[vgl. Jung, 2001, S. 470]

Eine weitere beliebte Möglichkeit sind Betriebsbesuche des Top-Managements. Diese sollen die Nähe zu den Mitarbeitern und ihren Belangen verdeutlichen und somit das Entstehen von Widerständen abschwächen. Besonderer Fokus der Mitarbeiter ist dabei die Authentizität eines solchen Besuchs. Wird dieser als PR-Maßnahme genutzt und die hochrangigen Manager von Presse und Ähnlichem begleitet, ist die Außenwirkung zwar besonders hoch, die Wirkung auf die eigenen Mitarbeiter häufig jedoch kontraproduktiv. Mitarbeiter fühlen sich in diesen Situationen ausgenutzt und wenig ernst genommen. Das Aufteilen eines solchen Termins in einen öffentlichen Teil (mit Pressevertretern) und eines geschlossenen Teils, in dem die Mitarbeiter im Mittelpunkt stehen, schafft dabei unkompliziert Abhilfe.

Zusammengefasst stellt die Kommunikation damit einen der wichtigsten Pfeiler erfolgreichen Change-Managements dar. Bereits die Führung von Mitarbeitern ist angewendete Kommunikation. Damit ist sie in allen Phasen und Bereichen eines Change-Projekts etabliert und von entscheidender Bedeutung. Die Wahl der Instrumente ist dabei häufig das Resultat des Abschnitts, in dem sich der Wandel befindet. Die Verantwortlichen sollten sich zu jeder Zeit darüber bewusst sein, nicht nur eine rein informationelle und distanzierte Kommunikation aufrecht zu halten, sondern auch eine persönliche Bindung in Gesprächen sicher zu stellen. Besonders während einer Krise oder dem Aufkommen von Widerständen ist das Beherrschen von speziellen Kommunikationstechniken und dem damit verbundenen Hintergrundwissen unerlässlich.

## 4.9 Die Organisation im Wandel

Der vorletzte Erfolgsfaktor heißt Organisation. Neben einer schwachen Kommunikation vernachlässigen viele Unternehmen die professionelle Gestaltung der Projektvorbereitung und Projektdurchführung. Da ein Wandel jedoch häufig als Projekt umgesetzt wird, sind die beiden Fachbereiche untrennbar miteinander verbunden. Da sich ein generelles Projektmanagement als eigenes Lehrgebiet darstellt, ist es wenig sinnvoll, dieses allumfassend in diese Arbeit aufzunehmen. Deshalb beschäftigt sich dieses Kapitel mit den speziellen Bereichen des Projektmanagements, die in Zusammenhang mit einem Unternehmenswandel von besonderer Bedeutung sind.

Ein Hauptaspekt der Organisation ist die bereits erwähnte Orientierung. Da sich die Etappenziele eines Wandels im Regelfall an Fristen orientieren, und deren Erreichung als Erfolgskriterium anzusehen ist, spielt die Ablauforganisation eine wesentliche Rolle. Hinzu kommt die Schaffung der Voraussetzungen für die Nutzung der Vorteile, die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt wurden. Auf diesem Ursprung gründend können folgende Hauptaufgaben der Projektorganisation auf einen Change-Prozess übertragen werden:

- Personalauswahl: Zu trennen sind bei der Personalauswahl die Betroffenen Mitarbeiter, die zwangsläufig mit dem Wandel verbunden sind, und denen die speziell zur Durchführung berufen werden. Hier sollte nicht nach freien Ressourcen entschieden werden, sondern eine klare Auswahl getroffen werden. Die eingesetzten Mitarbeiter müssen den fachlichen und sozialen Qualifikationen der Stelle gerecht werden und parallel eine eigene Motivation zur Durchführung besitzen.
- Kapazität: Neben den richtigen Persönlichkeiten liegt der Erfolg in den Kapazitäten der eingesetzten Mitarbeiter. Nicht selten wird dem einzelnen seine Projektaufgabe zusätzlich abverlangt. Je nach aktueller Auslastung der Teammitglieder kann dies zwei negative Effekte haben. Entweder führt die Überlastung zur Demotivation des Mitarbeiters, oder die Qualität seiner Arbeit sinkt. Eine Kombination beider Effekte ist ebenfalls möglich. Aus diesem Grund sollte jedes Teammitglied die zeitliche und materielle Voraussetzung erhalten, seiner Projektstätigkeit mit hohem Leistungsniveau und gleichzeitiger Motivation nachzukommen.
- Prozessüberwachung: Die Projektplanung und das Projektmonitoring ist eine wesentliche Aufgabe der Organisation. Um den Ablauf des Prozesses steuern zu können, wird die Planung der Etappen sowie deren Kontrolle als essenziell vorausgesetzt. Dabei ist ausschlaggebend weder zu allgemein zu bleiben, noch

zu stark zu reglementieren. Die eigentliche Arbeit darf nicht von Dokumentation und Bürokratie überlagert werden. Deswegen ist es ratsam, die Etappenziele festzulegen, den Weg dorthin jedoch bei den Teamleitern und dem Team selbst zu belassen. Die Managementlehre spricht dabei von *Management by Objectives*. Die zentrale Projektleitung greift in diesen Situation nur nach negativer Berichterstattung ein. Dieses Berichten der Teilprojektverantwortlichen wird unter dem Begriff des *Management by Exception* zusammengefasst.

Da sich eine Veränderung in Unternehmen häufig weitläufig erstreckt, kann sie im Regelfall nicht unter einem einzigen Projekt zusammengefasst werden. Die Summe des Einzelprojekts bildet dann den gesamten Change-Prozess. In diesem Fall ist es sinnvoll, auch unterschiedliche Hierarchieebenen in der Projektorganisation zu etablieren. Werden generelle Abläufe oder Strukturen in einem Krankenhaus verändert, sind davon oft alle oder zumindest weite Teile der Fachstationen, Verwaltung und ansässigen Ärzte und Einrichtungen betroffen. Hier starten die einzelnen Unternehmensteile dann nicht von demselben Stand und haben selten dieselbe Größe in Bezug auf Mitarbeiter und Patienten. Nach Schott & Wick ist es in der Projektorganisation dann zunächst zielgerichtet, ein sogenanntes *Steering Board* einzurichten. Dieses Steuerungskomitee setzt sich im Regelfall aus Mitgliedern des Top- und Upper-Management zusammen, oder praxisnah Chefärzten und Stationsärzten. Es bildet die Schnittstelle zwischen der Klinikleitung und der Projektleitung. Im Wesentlichen ist die Aufgabe des Komitees die Überwachung, Organisation und Bewilligung der Maßnahmen in den Projekten. Damit arbeiten sie direkt mit den Projektleitern zusammen. In vielen Praxisfällen sind Mitglieder der Komitees auch Projektleiter eines Einzelprojekts, da es an der Menge von qualifizierten Mitarbeitern für diese Positionen mangelt. Wird es notwendig, die Projekte erneut in Teilprojekte zu zerlegen, werden Teilprojektleiter benannt. Diese haben jeweils die Aufgabe, die Konzeption und Implementierung des Teilprojekts durchzuführen und an den Projektleiter zu berichten. Diese Reportingfunktion führen die Projektleiter in Richtung des *Steering Boards* weiter.

In einigen Konzepten wird zusätzlich die Benennung eines Projektchampions angedacht. Diese oftmals Führungskraft dient als Pilot der nahenden Veränderungen und setzt diese gezielt und schnell um. Hierbei ist es wichtig, sorgfältig auszuwählen, wer diese Position übernimmt. Die Führungskraft benötigt weitreichende Akzeptanz im Team und der gesamten Organisation, um durch drohende Widerstände nicht handlungsunfähig zu werden. Außerdem sollte der Projektchampion ein überdurchschnittliches Maß an Motivation für den Wandel aufbringen, um mit der notwendigen Kraft die Aufgaben zu erfüllen. Je nach Größe des Unternehmens und der einzelnen Projekte führen immer mehr Institutionen zusätzlich ein Projektmanagement-Office ein. Dieses von Spezialisten für Projektmanagement besetzte Team steuert und

organisiert alle übergeordneten Change-Prozesse. Sie geben die Projektstandards vor und stellen die fachlichen und strukturellen Ressourcen, um erfolgreiche Projekte durchzuführen. Die Koordination unterschiedlicher Change-Management-Prozesse ist ebenfalls eine der Kernaufgaben.

Vor dem Initiieren einer Veränderung obliegt dem *Steering Board* eine für das Unternehmen besonders wichtige Aufgabe. Da sich aus dem täglichen Geschäftsalltag und den strategischen Überlegungen des Managements eine Vielzahl an Ideen entwickelt, ist es die vorrangige Aufgabe dieses Komitees, zu entscheiden welche Vorschläge in tatsächlichen Projekten münden. Um diese Entscheidung auf Grundlage objektiver Daten zu treffen, ist das Verhältnis aus Projektnutzen und Umsetzungsdauer ein wichtiger Anhaltspunkt. Mit einer steigenden Umsetzungsdauer steigen auch die variablen Kosten eines Projekts. Aus diesem Grund ist die Verwendung einer solchen Methode vereinfacht gesagt eine Kosten-Nutzen-Analyse.

Einen Ansatzpunkt für die Kategorisierung gibt die von Lauer erstellte Vier-Felder-Tafel zur Sicherung einer ausgewogenen Projektlandschaft.

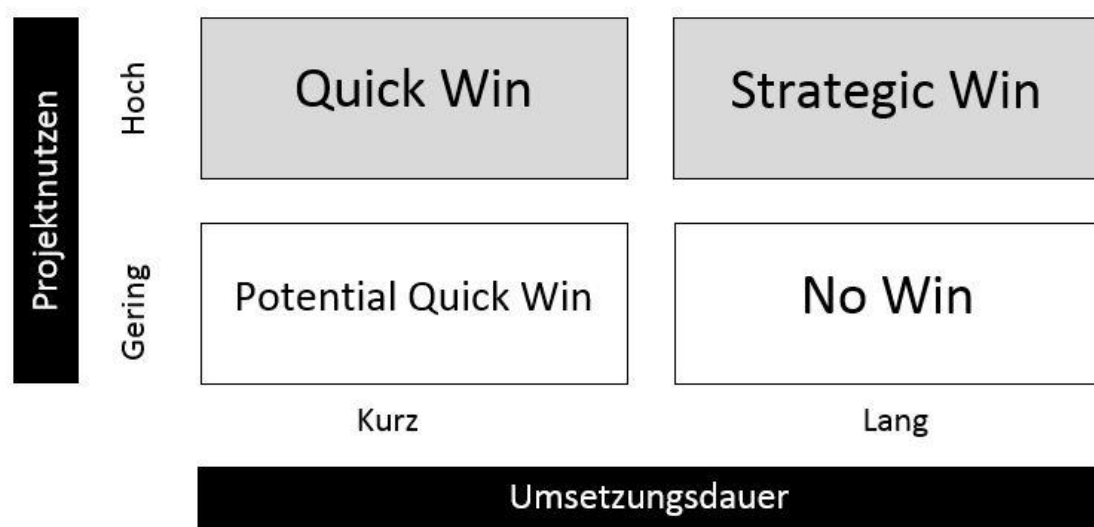


Abbildung 10: Projektportfolio [Lauer, 2010, S. 168]

Abb. 10 zeigt die Unterteilung nach Dauer und Nutzen eines Projekts. Aus dieser Methode ergeben sich vier Charaktertypen eines Projekts:

- „No Win“: Diese Projekte stellen das geringste Interesse eines Unternehmens dar. Mit langen Realisierungszeiten und einem dabei geringen Nutzen sollten sie zunächst nicht in Angriff genommen werden.

- „Strategic Win“: Diese, bewusst strategische Siege genannten, Projekte sichern den mittel- und langfristigen Wandel eines Unternehmens. Der hohe Nutzen dieser Projekte erfüllt die Anforderungen, die diese Arbeit bisher an einen erfolgreichen Wandel gestellt hat. Die langen Umsetzungszeiten sind daher ein akzeptabler Umstand.
- „Quick Win“: Die schnellen Siege sind ebenso wichtig für das Unternehmen wie die Strategic Wins. Kurzfristige Erfolge unterstützen den gesamten Change-Prozess und besitzen gleichzeitig ein geringes Widerstandspotential. Sie sichern Motivation und einen reibungslosen Ablauf einer großen Veränderung.
- „Strategic Quick Win“: Um den Vorteil der Quick Wins zu erhalten, obwohl diese in bestimmten Phasen nicht möglich sind, bietet sich die strategische Variante an. Der geringe Nutzen ist dabei kein allzu negatives Kriterium, da der benötigte Aufwand ebenso gering ausfällt. Der Gewinn sind jedoch schnelle Erfolge die dem Gesamtprojekt dienlich sind.

Ein unternehmensweites Change-Projekt benötigt eine sinnvolle Mischung der letzten drei Varianten von Teilprojekten. Projekte, die eine lange Umsetzungsdauer besitzen, dabei jedoch kaum Nutzen mit sich bringen, sind nicht zu jederzeit vermeidbar. Trotz allem sollten sie möglichst verhindert werden.

Damit ist abschließend festzuhalten, dass die Organisation eines Wandels einen Grundstein für den Erfolg darstellt. Klare Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Ziele geben allen Beteiligten die notwendigen Anhaltspunkte dem Change-Prozess zu folgen. Die genaue Termin- und Ressourcenplanung sichert dabei das Einhalten von Fristen und zeitlichen Zielen des Managements. Die Wahl der Verantwortlichen sollte stets in Verbindung mit der hohen Bedeutung von Veränderungsprozessen geschehen. Dabei sind die Hierarchien nach Zuständigkeiten zu kreieren und mit den dementsprechenden Weisungsbefugnissen auszurüsten.

## 4.10 Der dauerhafte Wandel

Da alle bisherigen Erfolgsfaktoren auf einzelne Change-Projekte bezogen waren, zielt dieses letzte Unterkapitel, der Erfolgsfaktor des dauerhaften Wandels, auf die Zukunft ab. Im idealen Unternehmensablauf finden dauerhaft Anpassungen und Reaktionen auf Umweltveränderungen statt. Aus diesem Grund sollte es das Ziel eines erfolgreichen Change-Managements sein, nicht in einem einzelnen Großprojekt das gesamte Unternehmen zu verändern, sondern die Fähigkeit zu erlernen, dauerhaft variabel zu agieren. Gerade das sich stark wandelnde Gesundheitssystem verlangt diese Fähigkeit. Unabhängig von wechselnden Abrechnungssystemen und politischen Entscheidungen befinden sich Patienten in permanenten Änderungen der eigenen Selbstständigkeit. Der Einfluss dieser steigt jedoch wie gezeigt ununterbrochen an. Auf diese Anpassungen des Kunden gilt es zu reagieren.

Der Lernerfolg eines Unternehmens kann sich dabei auf zwei unterschiedliche Arten zeigen. Nach dem klassischen Stimulus-Response-Ansatz [March & Olsen, 1979, S. 13] entscheiden Erfolg und Misserfolg über das zukünftige Verhalten des Unternehmens. Reagiert der Markt, die Kunden (Patienten) und die Leistungsträger auf eine bestimmte Strategie beispielsweise positiv, wird diese ohne weiteres hinterfragt dauerhaft angewendet. Stößt die unternehmerische Entscheidung auf eine negative Resonanz, wird sie verworfen und in Gremien nach einem neuen Ansatz gesucht. Die Summe der Erfolge und Misserfolge ist damit ausschlaggebend für die Zukunft des Unternehmens.

Der Ansatz, ein Unternehmen mit Emergenz in Verbindung zu bringen, also dem spontanen Auftauchen neuer Eigenschaften, ist dabei ein völlig anderer Blickwinkel. [Steinmann & Schreyögg, 2002, S. 464ff] Es wird davon ausgegangen, dass das Unternehmen nicht rein den Wissensfundus vorhält, den die Summe seiner Unternehmensangehörigen ergibt. Das Unternehmen profitiert von den Wechselwirkungen dieser Einzelbestandteile als separates Individuum und ist somit in der Lage, neue aus sich selbst heraus resultierende Veränderungen zu generieren. Dabei sind die Werte, die die einzelnen Angehörigen innehaben, ausschlaggebend für die Reaktion auf Markt und Umfeld. Aus dauerhaft gleichen Mitarbeitern entsteht eine Kultur, die mit den häufig selben Schemata auf sein Umfeld reagiert. Diese Unternehmenskulturen sind dabei ähnlich beständig wie Landeskulturen. Damit solche festen Strukturen lernen, wird ein Modell in drei Ebenen verwendet [Agyris & Schön, 1996]:

- Single-Loop-Learning: Auf dieser Ebene sieht das Unternehmen eine objektive Soll-Ist-Abweichung und reagiert darauf mit Anpassungen. Diese bleiben zwar im Handlungsspielraum der eigenen Wertekultur, stellen jedoch eine veränderte operative Haltung dar.

- Double-Loop-Learning: Im Falle des konstanten Misserfolgs, trotz angepasster operativer Haltung, verändert sich die Handlungsweise des Unternehmens. Diese Anpassung der strategischen Haltung geht oft auch mit einer Veränderung des eigenen Wertgerüsts einher.
- Deutero-Learning: In der dritten und letzten Ebene soll das Lernen gelernt werden. Ansatzpunkt ist nicht zu lange an falschen Strategien festzuhalten, sondern die dauerhaften variablen Fähigkeiten des Unternehmens zu verbessern.

Ein weiterer Ansatzpunkt kann der Vergleich von natürlichen Wirkmechanismen unseres Ökosystems und eines Unternehmenssystems sein. Eine solche Überlegung gründet im Regelfall auf den Evolutionstheorien von Charles Darwin. Dabei wird primär die „natürliche Auslese“ in der Natur mit dem selektiven Wirken des Marktmechanismus verglichen. Dabei ist die Überlegung, dass fehlende Anpassungsfähigkeiten in der Natur zum Tod führen, Hauptausgangspunkt für den Ansatz. Da an dieser Stelle jedoch kein 1:1-Übertrag möglich ist, muss dieser Ansatz detaillierter betrachtet werden. Aus diesem Forschungsansatz haben sich mit Herrmann-Pillath und Witt bereits tiefgehende Analysen beschäftigt.

Festzuhalten sind an dieser Stelle die Eckpunkte, von denen die Gestaltung des Unternehmens von der Natur lernen kann. Um die Anpassungsfähigkeit zu erhöhen, sollte demnach ein Unternehmen eine Kultur etablieren, die das Hervorbringen von Neuem fördert. Dieser Stand kann erreicht werden, wenn Unternehmen offensiv neue Ansätze testen, unabhängig ob sie im Erfolg enden. Auch die Möglichkeit des Einzelnen, neue Arbeitsvarianten zu versuchen, sollte gefördert werden. Dabei ist essenziell, dass nicht nur ein Erfolg gefeiert wird, sondern auch ein Misserfolg nicht mit persönlichen Konsequenzen einhergeht. Das Fördern von Unterstützung und Zusammenarbeit der einzelnen Mitarbeiter ist ein drittes Hilfsmittel. Die Kooperationsfähigkeit mit anderen Unternehmen rundet ein solches Verhalten ab. Wissens- und Informationsnetzwerke dienen dabei als Werkzeuge des Gedankenaustauschs.

Ein zusätzlicher Kernpunkt des Lernens von der Natur ist das Einräumen von Handlungskompetenzen und Selbstbestimmungen in den Bereichen, in denen Probleme auftreten. Häufig haben in Unternehmen die Mitarbeiter, die direkt mit Kunden oder Patienten in Kontakt stehen (Krankenschwester, Pfleger, Therapeut, Verwaltungsmitarbeiter etc.), den geringsten Freiraum bei der Entscheidungsfindung. Diesen Unternehmensangehörigen muss die Möglichkeit eingeräumt werden, eigenverantwortlich und situativ auf Probleme zu reagieren, ohne Genehmigungen oder Entscheidungen von den Führungskräften einzuholen.

## 5 Die Reha-Klinik im Wandel

Um das erarbeitete Wissen in der Praxis erfolgreich anwenden zu können, wird auf den kommenden Seiten das Beispiel des Reha-Klinikums konkretisiert. Der dargestellte exemplarische Verlauf greift die Faktoren von Kapitel vier auf und wendet sie an. Die Abläufe und Probleme, die im Folgenden beschrieben werden, sind fiktiv und nicht auf ein reelles Klinikum angewendet.

Rückblick: Das Reha-Klinikum Oberrhein verfügt über eine ausgezeichnete geographische Lage. Stadt nah gelegen und damit gut zu Fuß und mit dem öffentlichen Nahverkehr zu erreichen, direkt am Rhein mit sympathischer Anlage vor dem Gebäude. Die Therapiedichte ist im Vergleich zu stationären Einrichtungen besonders hoch, rund 2000 Patienten in der Woche. Dieser Umstand führt dazu, dass viele Bewohner der Stadt, die bereits mit dem Thema Rehabilitation konfrontiert waren, das Klinikum namenhaft kennen. Durch den Rentenversicherungsträger erhält das Klinikum, im Zuge der kontinuierlichen Bewertung, 96 von möglichen 100 Qualitätspunkten. Trotz allem ist ein signifikanter Rückgang der Auslastung zu verzeichnen. Diese sank in den vergangenen sechs Monaten von 98% auf 76%.

In erster oberflächlicher Analyse ist dies dem Umstand geschuldet, dass seit dem Beginn des aktuellen Jahres eine zusätzliche Abteilung, neben der orthopädischen Reha, eröffnet wurde. Die neue onkologische Rehabilitation therapiert Patienten nach bestimmten Tumorerkrankungen. Dieses kommunikativ sensible Thema wurde aus verschiedensten Gründen bisher zurückhaltend vermarktet.

Intern ist das Klinikum in die Bereiche Sporttherapie, Physio- und Ergotherapie, Verwaltung und Ärzte unterteilt. Diesen Bereichen sitzen zwei Abteilungsleiter vor, die für die Abläufe zuständig sind. Das darüber organisierte Management wird familiär geführt und übernimmt strategische Entscheidungen, sowie alle auf das Haus bezogenen Entscheidungen selbst. Zu beobachten ist, dass die Abteilungsleiter ihrer Führungsverantwortung wenig nachgehen. Die Gründe hierfür sind bisher nicht definiert worden.

Um den zukünftigen Erfolg des Unternehmens zu sichern, werden zwei parallele Projekte festgesetzt. Das erste Projekt soll die Corporate Identity (CI) auf- und ausbauen. Im zweiten Projekt sollen unter dem Überbegriff „Strukturreform“ die Verantwortlichkeiten neu sortiert und die internen Strukturen optimiert werden. Das erste Projekt wird in Teilprojekte gesplittet. Jeder Bereich der CI wird durch Action-Teams bearbeitet.



Realisierung: Zu Beginn des Projekts werden die nötigen Personalressourcen zusammengezogen, um das Projekt in angemessenem Umfang und Qualität bearbeiten zu können. Damit werden die bisherigen Abteilungsleiter durch jeweils einen Mitarbeiter der Unterbereiche im Klinikum ergänzt. Damit setzen sich Sporttherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialberater, Ärzte, Verwaltungsmitarbeiter und Empfangskräfte zusammen. Die Persönlichkeiten werden dabei je nach bisherigem Aufgabenschwerpunkt einem der beiden Projekte zugeteilt.

Nach erfolgreicher Personalplanung werden alle Mitarbeiter zu einem Meeting einberufen. Den Mitarbeitern werden dabei durch die Geschäftsführung die Entwicklungen der letzten Monate dargestellt und die Notwendigkeit des Wandels deutlich gemacht. Je nach Aufgabe der Mitarbeiter im Unternehmen, wird der individuelle Ansprechpartner kommuniziert. Den Mitarbeitern wird zusätzlich eine Ideen-Box zur Verfügung gestellt, um selbst Teil des Wandels werden zu können. In anschließenden Einzelgesprächen übernehmen die Teilprojektverantwortlichen den Aufbau und die Aufrechterhaltung der Motivation.

In einem gemeinsamen Kick-Off-Meeting wird der Start des Wandels zelebriert und das Ende des Wandels auf sechs Monate festgesetzt.

Projekt 1, Corporate Identity: Die Action-Teams des CI-Projekts erarbeiten zunächst die aktuellen Gegebenheiten der Unternehmensidentität und gleichen diese mit der eigentlich gewünschten Selbstwahrnehmung ab. Hierbei werden die Stärken und Schwächen des Klinikums erarbeitet und in Teilprojekten detailliert aufgearbeitet. Die Vision des modernen, hellen und freundlichen Reha-Klinikums ist der erste Ansatz für die Zielfestsetzung.

Projekt 2, Strukturwandel: In diesem zweiten Projekt findet die Visionsarbeit nach Schule ihre Anwendung. Die Teilnehmer des Struktur-Projekts erarbeitet dabei, unabhängig von der aktuellen Struktur, eine wünschenswerte Optimal-Struktur. Diese wird im Anschluss ebenfalls mit der Realität abgeglichen und in Teilprojekten die Wege zum gewünschten Status erarbeitet.

Während beiden Projekten erhält das Management kontinuierlich Rückmeldung über die Entwicklungen in den Teams. Im Zwei-Wochen-Rhythmus werden alle Mitarbeiter durch einen individuellen Newsletter über den Fortschritt ebenfalls informiert. Hierbei werden zusätzlich die Maßnahmen und Entscheidungen begründet. Zusätzlich ist in jedem Monat jeweils eine kleine After-Work-Party geplant, die zum persönlichen Austausch animiert. Den Projektleitern wird dabei ein großzügiges Kontingent an Entscheidungsfreiheit eingeräumt, um individuell auf Mitarbeiter eingehen zu können. Über das

gesamte Projekt hinweg müssen nur Ausgaben über 500,- € mit der Geschäftsführung abgestimmt werden.

Großer Widerstand in Monat vier: Nach vier Monaten sind die ersten Veränderungen spürbar. Neue Prozesse und geänderte Abläufe sind für alle Beteiligten noch neu. Die Kommunikation der Corporate Identity ist bereits in vollem Gange und verlangt durch ein weitgehendes Corporate Communication und Corporate Behavior Konzept parallel einen besonders freundlichen und Patienten gerichteten Umgang. Da in Monat drei die Kündigung einiger Verwaltungsmitarbeiter ausgesprochen wurde, droht der Unmut über die aktuelle Situation sich in massiven Streitereien und einem unangenehmen Arbeitsklima zu entladen. Um das Erreichen dieses Punkts zu verhindern, werden dem Management die negativen Gedanken der Mitarbeiter mitgeteilt. Dieses beruft kurzfristig ein Meeting aller Mitarbeiter ein. Da der bisherige Ablauf durch starke und transparente Kommunikation ohne Schwierigkeiten verlief, bedankt sich die Geschäftsführung für die Mitarbeit jedes Einzelnen. Im Anschluss wird erneut dargestellt warum Streichungen an bestimmten Stellen unumgänglich waren. Zusätzlich wird den Mitarbeitern das neu erarbeitete „Ehemaligen-Konzept“ vorgestellt. Dieses Konzept arbeitet bis zu sechs Monate nach Kündigung mit den ehemaligen Mitarbeitern zusammen. Umschlungen werden bezuschusst, Gespräche mit Partnerunternehmen geführt und weiterhin Sonderleistungen für Mitarbeit gewährt.

Die Anschlusskommunikation in Kombination mit diesem Meeting erzielt den gewünschten Erfolg. Einige weitere Fragen werden in den Wochen nach dem Meeting in Einzelgesprächen und bei den After-Work-Partys in angenehmer Atmosphäre geklärt.

Die Feier zum Projekt-Abschluss: Da das Projektende auf eine sonnige Septemberwoche fällt, lädt das Management alle Mitarbeiter zu einer großen Grillfeier auf dem Firmengelände. Die optimierte Corporate Identity ist niedergeschrieben und wird in allen Bereichen bereits umgesetzt. Trotz der Branche des Unternehmens sah das Action-Team Handlungsbedarf im Bereich der Nachhaltigkeit. Da im Rahmen der Veränderungen auch ein Kooperationsnetzwerk mit bisher 18 regionalen Partnerunternehmen aufgebaut wurde, nutzte man die Kontakte, um das „Bildungsnetzwerk Gesundheit Oberrhein“ zu gründen. Das Netzwerk unterstützt Schulen durch Vorträge und Aktionstage und beispielsweise Seniorenheime, durch Besuchstage von Therapeuten. Diese helfen den Senioren in den Bereichen Beweglichkeit und alltäglichen Hürden zu neuer Leistungsfähigkeit.

Die neuen Strukturen werden ebenfalls Abteilungsübergreifend eingesetzt. Dabei sind die Themen neu gewählt worden und Aufgaben, die in vielen Abteilungen anfallen, zentralisiert worden. Außerdem sind den Verwaltungsmitarbeitern mehr Rechte in der alltäglichen Entscheidungsfindung zugesprochen worden. Dies erleichtert den Umgang

und die Arbeit mit Patienten. Insgesamt sind knapp die Hälfte der Abläufe neu organisiert worden. Die Patientenzahlen zeigen bereits einen leichten Anstieg. Dieser rührt augenscheinlich von den neu erworbenen Kooperationspartnern des Hauses.

Zur dauerhaften Arbeit an Veränderungsprozessen ist ein Strategieteam gebildet worden, dass kontinuierlich über interne und externe Neuerungen spricht und gebotenen Wandel in Zukunft frühzeitig initiiert.

Diese exemplarische Darstellung eines Wandels zeigt, dass die theoretischen Kapitel zuvor zwar viele wichtige Punkte aufzeigen, diese in der Praxis jedoch in einem Gesamtkonzept realisiert werden und damit an Komplexität verlieren. Vorrangig festzuhalten ist, dass Change-Prozessen eine besondere Priorität eingeräumt werden muss, damit sie erfolgreich umgesetzt werden können.

Ein großer Fehler ist das pauschale aussprechen von gewünschten Veränderungen, die nicht mit Nachdruck und der gebotenen Konzentration bearbeitet werden. In diesen Situationen ist die Gefahr von schwacher Kommunikation und schlechter Organisation naturgemäß bedeutend höher.

## 6 Die Zukunft der Gesundheitsbranche

Sowohl national als auch international werden dauerhaft Veränderungen auf Gesundheitsunternehmen zukommen. Die zu Beginn dargestellten Gesetzesänderungen und Reformen der letzten Jahre sind kein Einmalfeuer. Aus diesem Grund ist eines der ersten Gebote für die Unternehmer in der Gesundheitsbranche die kontinuierliche Beobachtung der politischen Entscheidungen. Dem kurzfristigen Ausblick soll an dieser Stelle Rechnung getragen und die Frage beantwortet werden, welche Veränderungen in naher Zukunft auf die Unternehmen und Institutionen zukommen.

### 6.1 Nationale Veränderungen

Aktuell hat das Bundesministerium für Gesundheit das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen (GKV-VStG) durchgesetzt. Dieses Gesetz befasst sich mit dem Ungleichgewicht an Versorgung in Bezug auf die Regionen der Bunderepublik. Die Regelungen nehmen Einfluss auf folgende Bereiche:

- Abstaffelung
- Bedarfsplanung
- Bewertungsausschuss
- Delegation ärztlicher Leistungen
- EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)
- Eigeneinrichtungen
- Ermächtigung zur ambulanten Versorgung
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Heilmittel
- Innovative Behandlungsmethoden
- Jahresrechnungsergebnisse
- Kassenärztliche Vereinigungen
- Landärzte
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- Notdienst
- Residenzpflicht
- Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Satzungsleistungen der Krankenkassen
- Sicherstellungsauftrag
- Spezialfachärztliche Versorgung
- Strukturfonds

- Telemedizin
- Überversorgung, Abbau von
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Vergütung, ärztliche
- Vergütung, zahnärztliche
- Versorgungsforschung
- Vertragsärzte
- Zuweisung gegen Entgelt
- Zweigpraxenregelung

Auf diesen folgenden, letzten Seiten der Arbeit werden die Veränderungen des GKV-VStG kurz dargestellt und die wichtigsten Aspekte der Veränderungen aufgeführt. Dabei wird auf eine detaillierte Aufführung der Gesetzesänderungen verzichtet. Die folgenden Seiten haben die Zusammenfassung der Bundesregierung als Hintergrund.

## **6.2 Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen (GKV-VStG)**

Nach dem Wortlaut der Bundesregierung ist die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Um das aktuell hohe Niveau zu halten und zu verbessern, sieht die Koalition, angesichts der älter werdenden Bevölkerung, der ungleichen Versorgungssituation von Städten und ländlichen Regionen und der neuen Möglichkeiten der medizinischen Forschung, gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

Ziel sind Maßnahmen, die den Versorgungsalltag vieler Patienten spürbar verbessern. Hierzu sollen bürokratische Hemmnisse abgebaut, der Zugang zu erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sichergestellt und die Behandlungsabläufe für Patienten zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen besser abgestimmt werden.

Nach den Zahlen des Gesundheitsministeriums nehmen schwerwiegende chronische Erkrankungen und das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten im Durchschnitt zu. Dabei steigen die Behandlungszahlen. Da parallel die Anzahl an Nachwuchskräften in pflegerischen, sowie medizinischen Berufen sinkt, droht insbesondere in ländlichen Regionen eine Unterdeckung von Hausärzten, Fachärzten und medizinischem Personal. Dieser Umstand hat direkten Einfluss auf die Versorgung von Patienten. Zur Behebung dieses Missstandes ist die Regierung an strukturellen und gesetzgeberischen Maßnahmen interessiert, die ganzheitlich alle Ebenen des Gesundheitssystems angehen.

„Zunächst sollen mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung die finanziellen Grundlagen des Gesundheitssystems kurz- und mittelfristig auf eine solide Basis gestellt werden.“ [BMG, 2013,S. 1].

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung soll nun auf diesen Grundlagen das System so anpassen, dass die Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik in Zukunft „allen Menschen eine hochwertige, bedarfsgerechte, wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten kann.“ [BMG, 2013,S. 1].

Zusätzlich wird die Vergütung von Vertragsärzten und Vertragszahnärztlichen Leistungen angepasst. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen setzt sich damit folgende Ziele:

- Die Erreichung einer flächendeckenden und wohnortnahen Gesundheitsversorgung
- Die einzelnen Leistungserbringer stärker zu vernetzen
- Die Vergütung von Ärzten flexibler zu gestalten
- Dem System Fortschritte in der medizinischen Technik und Forschung schneller zur Verfügung zu stellen
- Den Wettbewerb in der Gesundheitsbranche weiter zu erhöhen

[vgl. BGM, 2013,S. 2]

Da bisher eher vollkommen durchstrukturierte Vorgaben auf das System angewendet werden, wird zur Zielerreichung diese Arbeitsweise gelockert, um die Eigenverantwortlichkeit der Leistungserbringer zu erhöhen. Um eine bessere regionale Versorgung zu erreichen, wird den Ländern und Kommunen mehr Gestaltungsspielraum eingeräumt. Dabei ist vor allem auch die ambulante Vor-Ort-Versorgung betroffen. Hier sollen Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte in stärkeren Wettbewerb gesteuert werden. Die gleichzeitige Vernetzung der ambulanten Leistungserbringer zielt auf eine Erhöhung der Qualität und Effizienz ab. Der weiterhin gewünschte Wettbewerb in der Leistungserbringung erhöht auch die Notwendigkeit von Veränderungen in den betroffenen Institutionen und Unternehmen, wie sie diese Arbeit in den vorherigen Kapiteln verlangt hat.

Die folgenden Aspekte sieht die Bundesregierung dabei als Schwerpunkte des Gesetzes:

- Ambulanten ärztliche Versorgung: Die bereits erwähnte flächendeckende Versorgung soll vor allem eine individuelle Bedarfsplanung in den einzelnen Regionen gewährleisten. Auch hier wird den Ländern erheblich mehr Möglichkeiten zur Anpassung der Leistungserbringung zugesprochen. Um diese Planungen auch mit Unterstützung der Ärzte zu erreichen, werden Anreizsysteme und Förderungen von neuen Versorgungskonzepten angestrebt. Dabei soll auch die Work-Life-Balance der ärztlichen Berufe verbessert werden.
- Vertragsärztliches Vergütungssystem: Die Gesundheitsreform 2007 vereinfachte Vergütungssystem der Ärzte bereits durch die Festsetzung von Euro-Werten zu erbrachten Leistungen. Zuvor erhielt der Vertragsarzt Punkte nach einem Leistungskatalog. Erst bei der Quartalsmäßigen Zahlung des Arzthonorars wurde anhand der regionalen Gesamtpunktzahl aller Ärzte der Geldwert eines Punktes festgelegt. Um dieses System weiter zu vereinfachen, wird der kassenärztlichen Vereinigung mehr Freiraum bei der Honorarverteilung der Vertragspartner gewährt. Diese Maßnahme unterstützt die Planbarkeit von Ärzten und steigert das Interesse an der Qualität und dem Leistungsportfolio der einzelnen Ärzte. Parallel wird die Bürokratie auf Bundesebene schlanker gestaltet.
- Ambulante spezialärztliche Versorgung: Auch im Bereich der Fachärzte soll die Kooperationsfähigkeit gesteigert werden. Die Einführung eines sektorenverbindenden Versorgungsbereichs soll dieses Ziel erreichen.
- Innovative Behandlungsmethoden: Der gemeinsame Bundesausschuss erhält die Möglichkeit, neue Behandlungsmethoden schneller evidenzbasiert zu testen, um zukunftssträchtige Entwicklungen schneller in die Praxis einzuführen.
- Wettbewerb der Krankenkassen: Um auch den Wettbewerb unter den Leistungsträgern zu nutzen, werden die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen erweitert. Wie schon bereits teilweise zuvor, können die Krankenkasse stärker individualisierte und angepasste Tarifangebote den Patienten zur Verfügung stellen. Hier sollen stärker als bisher nicht nur Zusatzleistungen und Bonusprogramme möglich sein, sondern auch Leistungstarife ähnlich der privaten Krankenversicherungen angeboten werden. Auch die Ausgestaltung von Satzungsleistungen wird mit diesen Regelungen verbessert.

- Medizinische Versorgungszentren (MVZ): Die bereits seit der Gesundheitsreform 2007 geförderten MVZ sollen künftig unter anderen Bedingungen zugelassen werden, um die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen zu gewährleisten.
- Arzneimittel/ Heilmittel: Gesundheitsunternehmen, die in den Bereichen der Heil- und Arzneimittelversorgung tätig sind, sollen von den strengen Richtgrößen befreit werden, um auch hier Flexibilität und Gestaltungsspielräume zu schaffen.
- Datentransparenz: Um die kontinuierliche Verbesserung des Gesundheitssystems zu erreichen, wird die Datenerfassung und Weitergabe neu gestaltet und der Versorgungsforschung zugänglich gemacht.

[vgl. BMG, 2013, S. 2 f.]

### 6.3 Finanzierung des GKV-VStG

Neben den eigentlichen Regelungen solcher Gesetzesveränderungen, spielt der Wirtschaftlichkeitsfaktor sowohl für die politischen Ebenen, als auch für Leistungserbringer und Leistungsträger eine wichtige Rolle. Die politischen Veränderungen müssen häufig durch Steuermittel finanziert werden. Leistungsträger müssen Mehrbelastungen ausgleichen und Leistungserbringer für einen dauerhaft aktuellen Stand des eigenen Unternehmens sorgen. Die beginnt bei möglichen baulichen Veränderungen, der Anpassung der eigenen Personalbedarfsplanung und der Anschaffung neuer Geräte und Hilfsmittel. Der Einfluss geht bis hin zur permanenten Entwicklung der EDV- und Softwaresysteme, um Abrechnungen und andere Verwaltungsarbeiten regelkonform durchführen zu können. Die Bundesregierung plant die finanziellen Auswirkungen der Gesetzesänderungen wie folgt aufzufangen:

„Beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte entstehen möglicherweise Mehrbelastungen für den Bund im niedrigen einstelligen Millionenbereich, die in den Ansätzen des Einzelplans 10 aufgefangen werden können. (...) Dem Bundesversicherungsamt werden neue Aufgaben übertragen und vorhandene Aufgaben werden ausgeweitet. Andererseits werden bestehende Aufgaben eingeschränkt. Dem Bundesversicherungsamt entsteht dadurch per saldo ein geringer personeller und sächlicher Mehraufwand. Die damit verbundenen Personalkosten belaufen sich auf rund 0,5 Mio. Euro. Über den genauen Umfang neu auszubringender Stellen und Planstellen ist im Rahmen der Haushaltsberatungen zu entscheiden.“ [BMG, 2013, S. 4]



Ähnlich wie für staatliche Institutionen, hat das Bundesministerium für Gesundheit auch für die gesetzliche Krankenversicherung Finanzierungsideen erarbeitet. Das in Kapitel 2.2.2 behandelte Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung hat hierfür den Grundstein bereits gelegt. Durch die beschlossenen Ausgabenbegrenzungen für 2011 und 2012, wird der Sektor bereits als finanzwirksam Entlastet angesehen. Zusätzlich werden die beschlossenen Maßnahmen als finanziell wirkungsvolle Eingriffe in die Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung betrachtet. Die Förderung von ambulanten, und damit kostengünstigeren Versorgungskonzepten, sowie das Schließen von Versorgungsdefiziten, gleicht die kurzfristige Mehrbelastung, nach Rechnung des BmG aus. Nach diesen Rechnungen belaufen sich die Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung auf rund 200 Mio. Euro [BmG, 2013, S. 5]. Diese Entstehen im Wesentlichen durch die Veränderung der förderungswürdigen Leistungen und dem erhöhten Deckungsaufkommen in unterversorgten Gebieten der Bundesrepublik. Die Hoffnung der Gegenfinanzierung durch erreichte Minderausgaben aus den Regelungen bleibt zum aktuellen Stand 2013 jedoch eine Schätzung, die erst nach Umsetzung des Gesetzes evaluiert wird.

An dieser Stelle ist es für die Leistungsträger der gesetzlichen Krankenversicherung von erheblicher Bedeutung, die Change-Prozesse, die mit den Gesetzesänderungen einhergehen, mit besonderer Präzision und Konzentration durchzuführen. Da ein solch umfangreicher Wandel mit vielen Teilprojekten verbunden ist, muss das Change-Management im Sinne des wirtschaftlichen und unternehmerisch nachhaltigen Erfolges alle Aspekte berücksichtigen, um finanzielle Rückschläge zu vermeiden.

Neben den beschriebenen Mehrausgaben für die Strukturveränderungen veranschlagt die Bundesregierung wegen der Neujustierung der Honorarvergütungen von Vertragsärzten zusätzliche Mehrausgaben in Höhe von 120 Mio. Euro für das Jahr 2013. Auch diese Kosten gehen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Das BmG verweist ebenfalls auf Evaluierungen bis April 2014. Damit sind die akuten Mehrausgaben für Krankenkassen in der kommenden Periode nicht einschätzbar. Dieser Ansatzpunkt ist zwangsläufig in die Veränderungsprozesse einzubeziehen. Damit sind möglichst kostenneutrale Change-Prozesse maßgebliches Ziel in der zweiten Hälfte 2013.

Die Regierung rechnet durch die geringeren stationären Leistungen mit Synergieeffekten und Kostensparpotentialen. Die erhoffte Steigerung der Qualität medizinischer Leistungen soll dabei zusätzlich die Kosten von Folgeerkrankungen senken. Erneut wird hier darauf hingewiesen, dass auch diese finanziellen Auswirkungen bisher nicht quantifiziert werden können. Auch die generellen Regelungen zu Kooperationen und interdisziplinärem Diagnostizieren und Therapieren fördert die Verlagerungen von stationären Leistungen zu ambulanten.

Festzuhalten ist dabei der dringend gewünschte Wandel von stationären Leistungen zu günstigeren ambulanten Leistungen. Neben den Effekten für die gesetzliche Krankenversicherung ist es notwendig, dass stationäre Leistungserbringer diese Veränderung wahrnehmen und individuell darauf reagieren. Sinnvoll ist dabei der kontinuierliche Ausbau von ambulanten Abteilungen und dem damit verbundenen Leistungsportfolio. Ebenfalls angebracht wären bisher stationäre Abteilungen in einen Change-Prozess einzugliedern, sollten sie ambulant gleichwertige Leistungen erbringen können. Da solche Veränderungen völlig neue Strukturen und Abläufe mit sich bringen, ist ein professionelles Change-Management unumgänglich.

Eine schon aus den vergangenen Reformen bekannte Praxis der Kostensenkung wird auch bei dem aktuellen Wandel empfohlen:

„Durch die Ausweitung der bisherigen Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen können in dem Umfang, in dem die einzelnen Krankenkassen von diesen Möglichkeiten Gebrauch machen, Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen. Solche Mehrausgaben sind – sofern sie jeweils nicht aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds oder vorhandenen Finanzreserven abgedeckt werden können – aus Zusatzbeiträgen zu finanzieren.“ [BmG, 2013, S. 6]

Diese Empfehlung zeigt die Entwicklungen, die Kapitel 3 dieser Arbeit aufgegriffen hat. Ein damit abzusehender weiterer Ausbau dieser Praxis weitet auch den Umfang der Beziehung zwischen Leistungserbringer/Leistungsträger und Patient aus. Auch diese Veränderungen müssen von dem Change-Management aufgegriffen werden.

Die Ausarbeitung von Lösungen und Veränderungsprozessen in Institutionen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft bleibt den jeweiligen Leistungserbringern überlassen. Trotz allem werden zusätzliche Vorgaben zu Informationspflichten festgesetzt. Zunächst fallen in medizinischen Versorgungszentren einmalig Kosten in Höhe von schätzungsweise 9600 € an. Diese beziehen sich auf Zulassungsprozesse der jeweiligen Zentren.

Leistungserbringer, die an dem Vernetzungsmodell (sektorübergreifender Versorgungsbereich genannt) der vorliegenden Reform teilnehmen, haben zusätzlich zwei neue Informationspflichten in den Wandel aufzunehmen. Zunächst müssen sie Vorgaben und Anforderungen der zuständigen Landesbehörden erfüllen. Nach Zulassung müssen unterschiedlich zuständige Stellen und Behörden über Art, Umfang und Bereich des Wirkens in dem Modell informiert werden.

Auch die Teilnahme an der neuen Erprobungsmöglichkeit für künftige Techniken und Methoden bringen zusätzliche Pflichten mit sich. So müssen zunächst auch hier jeweils

die Anforderungen an eine solche Erprobung nachgewiesen werden. Außerdem werden Dokumentationsumfang und Informationsweitergabe geregelt.

Dem gegenüber stellt die Bunderegierung die Reduzierung der Ambulanten Kodierrichtlinien. Auch die Vorhaben zur Entschlackung der Bürokratie, die einen Schwerpunkt des Gesetzes darstellt, bringen Entlastungen mit sich. Allerdings ist hier auch zu sehen, dass auch die Abschaffung von Abläufen und Prozessen einen Wandel darstellt, der durch ein gutes Change-Management zügig und kostengünstig durchgeführt werden kann.

## 7 Die Schlussfolgerung

Die Entwicklung dieser Arbeit zeigt von Beginn der Sozialversicherung an ein System, dass dauerhaftem und starkem Wandel unterliegt. Neben dem starken politischen Einfluss, der sich teilweise mit jeder Legislaturperiode verändern kann, haben sich auch die Ansprüche der Patienten weiterentwickelt. Die drei großen Veränderungen der letzten knappen zehn Jahre unterstreichen den anfänglichen Verdacht von weitreichenden und grundlegenden Veränderungen des Systems. Gerade die bewusst detaillierte Beschreibung des aktuellen Gesetzesentwurfs aus Kapitel 6 macht das Ausmaß an Veränderungen deutlich, mit dem sich alle Akteure des Gesundheitssystems täglich konfrontiert sehen.

Ein Gesundheitsunternehmen oder auch eine vergleichbare Institution, wie Krankenhäuser oder Medizinische Versorgungszentren, sind durch die häufig gesetzlich festgesetzten Entwicklungen gezwungen, den Arbeitsalltag fortlaufen anzupassen. Wird zusätzlich der Wandel von nicht gesetzlichen Veränderungen registriert, wie Patientenverhalten, Marktentwicklungen oder medizinischem Fortschritt, werden Change-Prozesse schnell unüberschaubare Ungeheuer. Diesem zunächst übergroßen Aufgabenberg kann Abhilfe geschaffen werden, indem ein Unternehmen ein durchdachtes und professionelles Change-Management an den Tag legt.

In Kombination mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Psychologie und der Managementlehre können die individuellen Veränderungsprozesse zu einem Alleinstellungsmerkmal werden. Besitzt ein Gesundheitsunternehmen die Fähigkeit auf Veränderungen schnell und trotzdem präzise zu reagieren und nimmt die Entwicklungen des Marktes dabei in die Strategieplanung auf, kann es sich einen festen Platz in der Gesundheitsbranche sichern. Ein damit verbundenes Patientenvertrauen, die enge Kooperation mit Leistungsträgern und anderen Leistungserbringern und ein wirtschaftlich effizientes Arbeiten sichern die Stellung und den ökonomischen Erfolg eines solchen Unternehmens.

Die Kernfrage dieser Arbeit nach der Positionierung eines Gesundheitsunternehmens mit Blick auf das Change-Management kann daran anknüpfend als weitgehend beantwortet angesehen werden. Auch wenn diese Arbeit jedoch den Nutzen und die Notwendigkeit eines ausreichenden und guten Change-Managements nachweisen konnte, hält sich die Frage, wie dieses in der Praxis genau aussieht. Trotz dass die Akteure des Gesundheitswesens alle nach denselben Regeln zu spielen haben und im Grunde auch dasselbe Ziel verfolgen, sorgt die Komplexität dieses Systems für sehr individuelle Ansprüche. Zunächst teilt sich der Markt in Leistungsträger und Leistungserbringer. Im Anschluss kann die Art des Patientenkontakt und des Patienten selbst differenziert werden. Werden dann angebotene Leistungen, Abrechnungsform, Indikationen, Zulassungen, Standort und Kooperationspartner betrachtet, entsteht bei jedem Unternehmen ein einzigartiges nicht zu vergleichendes Bild. Dies zwingt jeden Gesundheitsbetrieb dazu, zwar die Grundlagen des Change-Managements in ausgeprägter Form als Arbeitsgrundlage zu nutzen, darauf jedoch ein eigenes individuelles Konzept für Change-Prozesse zu erarbeiten.

## Literaturverzeichnis

Agyris, C. & Schön D.A (1996): Organisational Learning. A Theory of Action Perspective. Reading (Mass.): Addison Wesley.

Bayrische Staatsbibliothek (Hg.) (1882/83): Verhandlungen des Reichstages. Berlin (73).

Bea, F.X & Haas J. (2001): Strategisches Management. 3. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz). Online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gesundheitsreform.html>. (Stand: 04.07.2013)

Bundesministerium für Gesundheit (27.07.2011): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 1–9. Online verfügbar unter [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstrukturgesetz/GKV\\_VStG\\_110803.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstrukturgesetz/GKV_VStG_110803.pdf). (Stand: 04.07.2013)

Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen. Bonn. Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72722/institutionen-und-akteure-im-gesundheitswesen> (Stand: 04.07.2013.)

Deci, E.L. & Ryan R.M (1985): Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. New York: Plenum.

Doppler, K. & Lauterbach C. (2002): Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten. 10. Aufl. Frankfurt: New York: Campus.

Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Kaufentscheidung, online im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/10297/kaufentscheidung-v7.html> (Stand: 14.06.2013)

Jung, H. (2001): Personalwirtschaft, 4. Aufl. Wiesbaden: Gabler

Khoschlessan, Darius (2011): Struktur und Ordnung im Gesundheitswesen II. Mannheim.

Kraus, K.-J & Haghani S. (2004): Krisenverlauf und Krisenbewältigung – der aktuelle Stand, In: Bickhoff, N. et al. (Hrsg.): Die Unternehmenskrise als Chance. Innovative Ansätze zur Sanierung und Restrukturierung, S. 13-18

Lauer, Thomas (2010): Change management. Grundlagen und Erfolgsfaktoren. Berlin, Heidelberg: Springer.

March, J.G. & Olson J.P. (1979): Ambiguity and Choice in Organizations, 2. Aufl. Bergen: Universitätsforlaget

Papenhoff, Mike; Schmitz, Frank (2013): BWL für Mediziner im Krankenhaus. Zusammenhänge verstehen - Erfolgreich argumentieren. 2. Aufl. 2013. Berlin: Springer.

Schott, E. & Wick, M. (2005): Change Management, In: Schott, E. & Campana, C. (Hrsg.): Strategisches Projektmanagement. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 195-231.

- Schulz von Thun, F. (2008): Miteinander reden: Bd. 1-3, Hamburg: rororo Sachbuch.
- Schulze, H. (2006): Visionsarbeit, In: Rohm, A. (Hrsg.): Change Tools. Bonn: managerSeminare Verlags GmbH, S. 28-34.
- Seelos, Hans-Jürgen (2012): Medizinmanagement. Gesamtausg. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Steinmann, H. & Schreyögg, G. (2002): Management: Grundlagen der Unternehmensführung. Konzepte – Funktionen – Fallstudien. Wiesbaden: Gabler.
- Stolleis, Michael (op. 2003): Geschichte des Sozialrechts in Deutschland. Ein Grundriß. Stuttgart: Lucius und Lucius.
- TNS Infratest (2012): Quantitative Studie zur Behandlung privat versicherter und gesetzlich versicherter Patienten in Deutschland. München.
- Wagner, U; van Dick, R & Zick, A. (2000): Sozialpsychologische Analysen und Erklärungen von Fremdenfeindlichkeit in Deutschland. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie, 32/2000, S. 59-79.

## Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

---

Ort, Datum

Vorname Nachname